



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

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La douleur : la réduire au silence pour créer l'alliance



Formateur référent mémoire : MANCHERON Pascale

PETIT-DAUDIN Emma

Formation infirmière

Promotion 2020-2023

Date : 2 Mai 2023



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'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

La douleur : la réduire au silence pour créer l'alliance

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

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

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

Le 2 Mai 2023

Identité et signature de l'étudiant : PETIT-DAUDIN Emma

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 souhaite remercier mes parents, ma sœur, Michèle et Jean-François et ma belle-famille qui ont été un soutien non négligeable tout au long de ma formation. Sans vous, ce MIRSI n'aurait pas eu cette tournure là !

Merci de tout cœur à mon "chouchou" Hugo, qui avec son écoute, ses conseils et ses mots justes (et jeux de mots) a été présent à mes côtés. Il m'a aidé et m'a accordé un soutien sans faille. Je lui suis reconnaissante de ses encouragements, de son amour et surtout de sa patience.

Merci à Pascale, ma référente de MIRSI, qui m'a accompagnée et n'a pas manqué de me conseiller en toute sincérité et bienveillance. Les nombreux rendez-vous et les échanges de mails m'ont redonné de la motivation et m'ont fait apprécier l'écriture de ce MIRSI.

Merci à Murielle, ma référente pédagogique qui m'a suivi pendant ces trois années d'études en sciences infirmières. Vous m'avez accompagnée, écoutée, rassurée et aidée en toute bienveillance.

Je remercie aussi mes collègues de la promotion 2020-2023 et tout particulièrement mes ami(e)s rencontré(e)s au cours de la formation : Youana, Quentin, Loïc, Marine, Justine, Pauline, Fanny, Liz et tous les autres qui se reconnaîtront ... Ensemble, nous avons grandi et mûri au cours de ces trois années de formation. Merci à vous de m'avoir supportée, encouragée, consolée durant toute la formation et particulièrement lors de la rédaction de ce MIRSI.

Merci aussi, aux deux infirmières qui m'ont accordé du temps pour les entretiens. Ce fut un chouette moment d'échanges et de partage !

Et merci, à toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont soutenue, encouragée et aidée à la réalisation de ce MIRSI.

Une pensée particulière pour Léa, ce MIRSI est pour toi et la promesse que je t'ai faite, il y a maintenant 10 ans.

Sommaire

Introduction	1
I - Cheminement vers la question de départ	2
I. 1 - Situation de départ	2
I. 2 - Questionnements	4
I. 3 - Question de départ	4
II - Cadre théorique et conceptuel	5
II. 1 - Là, où tout commence !	5
II. 1. A - Immersion en situation d'urgence	5
II. 1. B - Vitales ou relatives ? Telle est la question	6
II. 1. C - Il est urgent de prendre le temps	7
II. 1. D - Quand les émotions s'en mêlent	8
II. 2 - Dessine moi la douleur	9
II. 2. A - Là, où ça fait mal ...	9
II. 2. B - L'art des types et composantes de la douleur	10
II. 2. C - Non sans peine ...	10
II. 3 - Soigner la relation	12
II. 3. A - Un mal pour un bien	12
II. 3. B - Des relations pour toutes situations	13
II. 3. C - S'allier pour la santé	14
II. 3. D - Conclure sur la posture	15
III - Dispositif méthodologique du recueil de données	17
IV - L'analyse descriptive des entretiens	19
IV. 1 - Les situations d'urgence en service	19
IV. 2 - Les priorités en situation d'urgence	19
IV. 3 - La place des émotions	20
IV. 4 - L'enjeu de la pression temporelle	20
IV. 5 - Prévenir les douleurs induites	21
IV. 6 - Facteurs influençant les douleurs induites	21
IV. 7 - La relation soignant-soigné	22
IV. 8 - L'appréhension des situations d'urgence	23
V - Discussion	25
V. 1 - Au delà de la situation d'urgence, le prendre soin	25
V. 2 - La douleur induite, une douleur à part ?	26
V. 3 - L'importance des mots pour prendre en compte les maux	28
V. 4 - Démêler les émotions	30
V. 5 - En route vers la question de recherche	31
Conclusion	32
Bibliographie	34
Annexes	38
Résumé et Abstract	63

Introduction

Dans le cadre de ma troisième année de formation en soins infirmiers, je suis amenée à réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI). Ce travail a pour objectif d'inciter à la recherche, valoriser la curiosité et accroître les qualités d'analyse professionnelle. Ce mémoire permettra également d'affiner notre réflexion personnelle et influencera dans notre futur métier nos prises de décisions. Cette démarche est l'aboutissement de mes trois années d'études en sciences infirmières.

Au cours de ma formation, l'acquisition de savoir-faire, d'aptitudes de savoir-être et de connaissances théoriques et pratiques, m'ont permis d'évoluer au cours de mes différents stages. Cela m'a permis d'observer que quelque soit le service, nous sommes confrontés à la douleur des patients. Aussi, quelque soit la spécialité, un soignant est susceptible de rencontrer une situation d'urgence. De plus, une situation d'urgence lors d'un de mes stages m'a particulièrement marquée. Effectivement, lors de cette dernière, le patient a souffert d'un soin que je lui prodiguais.

Cela m'a alors fait me questionner sur la prévention des douleurs induites lors de gestes invasifs dans de telles circonstances. Afin de mieux appréhender et maîtriser les situations d'urgence tout en y mêlant les douleurs induites par les soignants, j'ai eu l'envie de réaliser mon travail de recherche autour de cette thématique. Ce travail va me permettre de réfléchir sur ma pratique de manière plus approfondie.

Pour se faire, dans un premier temps, une description de la situation initiale sera faite et agrémentée de questionnements pour aboutir à une question de départ qui sera le fil conducteur de ce travail de recherche.

Ensuite, dans un second temps, je développerai mon cadre théorique en définissant les mots clés de cette question. Pour poursuivre, une enquête de terrain auprès de deux infirmières sera effectuée puis une analyse des entretiens sera réalisée.

Pour assurer une continuité dans ce travail de recherche, je confronterai mes recherches à celles des professionnels de santé et je vous ferai part de ma réflexion personnelle. Une question de recherche sera annoncée pour aboutir à une conclusion.

I - Cheminement vers la question de départ

I. 1 - Situation de départ

Durant le cinquième semestre de ma formation infirmière, j'ai réalisé un stage dans une unité de médecine cardiologique. Je me suis occupée de Monsieur M, un patient de 68 ans, arrivé la veille au soir pour une décompensation cardiaque globale. Ce dernier a été convoqué par le chef de service, suite à un bilan sanguin médiocre fait en début de semaine.

Ce matin-là, Monsieur M, a des constantes correctes. Un bilan sanguin complet avec une numération de la formule sanguine, un ionogramme, et un bilan de coagulation avec l'INR ont été réalisés par l'équipe de nuit afin d'avoir les résultats rapidement pour aiguiller sa prise en charge par l'équipe médicale.

La pose d'une Voie Veineuse Périphérique (VVP) est nécessaire pour l'administration des traitements afin de traiter sa pathologie. Ayant peu pratiqué ce soin, j'accepte de le réaliser malgré ma crainte de ne pas le réussir. En compagnie de l'infirmier, je perçois l'inquiétude et l'anxiété du patient. Je lui demande donc comment il se sent. Il m'explique alors être inquiet pour son devenir. En usant de réassurance et d'écoute active, le patient semble s'apaiser. Je lui explique clairement le but de ma présence ainsi que l'intérêt de la voie veineuse périphérique. Malgré un bon déroulé de soin, je ne parviens pas à trouver la veine. L'infirmier qui m'accompagne prend le relais et réalise le soin. Après les remerciements du patient, je lui explique être dans l'attente des prescriptions médicales et des résultats de son bilan sanguin effectués le matin même.

Au cours de la matinée, les résultats sanguins arrivent. Après concertation avec l'équipe médicale composée des médecins et des internes, ces derniers décident de réaliser en urgence une gazométrie artérielle, afin d'avoir des résultats complémentaires et précis pour la prise en charge de la décompensation cardiaque de Monsieur M.

“Ni une, ni deux”, je vais chercher un patch EMLA afin de soulager un minimum la douleur du patient lors de la ponction. Ce dernier est un anesthésiant local utilisé pour insensibiliser la peau avant un acte médical douloureux. Cependant, le patch EMLA ne pourra pas avoir l'effet escompté car le soin doit être réalisé de suite à la demande urgente des internes. En effet, le délai d'action du patch est d'environ une heure.

Après avoir préparé le matériel pour la gazométrie artérielle, j'explique au patient la situation, la nature du soin et surtout que nous n'avons que quelques minutes pour le réaliser car il doit être effectué en urgence. Je lui exprime aussi le fait que celui-ci peut être douloureux. Je lui applique tout de même le patch EMLA en lui expliquant son intérêt, et je lui dis que nous allons repasser dans peu de temps. A ce moment-là, j'ai du mal à croire ce que je viens de lui dire car je sais pertinemment que le patch EMLA n'aura pas le temps d'agir. Cependant, je ne suis pas satisfaite puisque d'après moi, le soin n'est pas réalisé dans les règles de bonnes pratiques. Je ne me sens pas convaincante dans mes propos. Effectivement, comment en suis-je arrivée à expliquer au patient l'intérêt de l'EMLA alors que j'ai parfaitement conscience que le patch ne sera d'aucune efficacité ?

Quelques minutes plus tard, nous revenons dans la chambre pour faire le soin. Je prends l'initiative de réaliser le soin, en collaboration avec l'infirmier du service. Le patient est stressé, a peur, il dit qu'il "appréhende le soin". Je lui propose de bien s'installer dans son lit, de respirer tranquillement et également de prendre la main de l'infirmier. D'un commun accord, je lui demande de m'indiquer lorsqu'il est prêt et je réalise la gazométrie artérielle. "En deux temps, trois mouvements", je prépare le matériel et l'espace. J'essaie de ne pas me poser trop de questions, de me faire confiance, car dans ma tête j'entends les médecins me dire : "il faut réaliser des gaz du sang en air ambiant en urgence". Derrière mon masque, je me mordille les lèvres en espérant trouver l'artère rapidement, je montre le moins possible à Monsieur M que le temps est compté. Pour moi, le dilemme est bel et bien présent : réaliser le soin et le réussir afin de répondre promptement à la demande des médecins et gérer l'urgence efficacement. Dans un même temps, j'ai la volonté de prendre soin au mieux du patient sachant que je sais que ce soin sera douloureux. Le patient souffre et crie de douleur, se contracte, serre la main de l'infirmier. Je rassure le patient en gardant un ton calme et apaisé, de l'encourager, de le laisser exprimer sa douleur.

L'apparition d'un jet de sang rouge vif dans la seringue, rythmé par le pouls, me confirme que le soin est bientôt fini. Je le rassure, en lui disant que le soin est terminé et qu'il est courageux. J'enlève l'aiguille ce qui permet de clôturer le soin après avoir mis un pansement compressif.

I. 2 - Questionnements

En me penchant d'un peu plus près sur cette situation, bon nombre de questions m'ont traversé l'esprit :

- Quels sont les moyens dont l'infirmier(ère) dispose pour limiter l'apparition de la douleur lors d'un soin que nous savons douloureux ?
- Quelle attitude adopter pour être sécurisante (verbale, non verbale ...) ?
- Comment l'infirmier(ère) peut-il(elle) parvenir à un soin de qualité si la douleur ne peut pas être gérée ? Quelle était ma place dans cette prise en soins ?
- Aurais-je dû faire part à l'équipe médicale de l'anxiété majeure du patient afin qu'elle en tienne compte dans sa conduite à tenir ? Et, en même temps, quel aurait été l'impact de mon propos ?
- Avons-nous le temps de nous soucier de la douleur du patient dans un contexte de soins à réaliser en urgence ?
- En quoi la gestion de la douleur par l'infirmier(ère), lors d'un soin peut être un critère de qualité d'un soin ?
- En quoi le stress de l'infirmier(ère) face à une douleur induite par les soins peut-elle impacter le soin ?
- Comment le patient vit-il cette accélération du temps alors qu'il sait que la réalisation du soin va être douloureuse ?
- Quel est le rôle de l'infirmier(ère) dans la gestion de la douleur induite lors d'une situation d'urgence ?
- La situation d'urgence permet-elle de prévenir la douleur ?

I. 3 - Question de départ

Ces nombreux questionnements, mon cheminement et mon processus de recherche m'ont amenée à formuler une question de départ à mon travail de recherche, qui est :

“Dans quelle mesure la posture infirmière impacte-t-elle la prévention des douleurs induites chez un patient lors d'une situation d'urgence ?”

Cette question de départ a pour but de m'aider à mieux comprendre la prévention des douleurs induites et son importance dans les soins. Elle permettra également de mieux intégrer la notion d'urgence et à réfléchir sur la gestion des émotions du soignant mais aussi du patient dans une situation d'urgence. Tout en intégrant la notion de la douleur induite dans une telle situation.

II - Cadre théorique et conceptuel

Dans le cadre conceptuel, il est d'usage de questionner et de rechercher les points de vue de différents auteurs afin d'élaborer une base théorique.

II. 1 - Là, où tout commence !

II. 1. A - Immersion en situation d'urgence

“Un bazar très organisé [...]. Ça paraît très long et en même temps tout se passe très vite” (Compresses & Sparadrap, 2021). Cette phrase dite par Ninon, jeune infirmière ayant vécu une situation d'urgence introduit bien ce qu'est l'urgence et son contexte. Tout d'abord, après ce témoignage, je pense qu'il est important de poser des mots sur ce qu'est l'urgence afin de définir le contexte dans lequel se déroule ma situation d'appel. D'après l'association UPSA (Union de Pharmacologie Scientifique Appliquée), une urgence est :

Toute circonstance, qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant. (2015).

Pour Eric Revue, chef des urgences à Paris, cité par Christine Paillard “L'urgence relève de l'absence de prise en charge rapide et qui pourrait avoir des conséquences physiques et psychiques durables. Elle nécessite une évaluation diagnostique, la mise en œuvre d'un traitement et une orientation”. (2021, p.554). Lorsque nous sortons alors de la théorie, la notion d'urgence peut se définir par un élément étant à l'origine d'une situation insoupçonnée, pouvant atteindre à la santé de manière brutale et imprévisible.

De plus, nous retrouvons la notion d'urgence évoquée par Claude Evin comme étant “un problème qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage...”. (2014, p.4).

Par ailleurs, il existe plusieurs types d'urgences d'après la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). En effet, il y aurait alors :

- L'urgence réelle ou vraie : mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel, par exemple un état de choc, un infarctus du myocarde, une hémorragie digestive, etc ...
- L'urgence fonctionnelle : menaçant la fonction d'un membre ou un organe : comme une fracture, une plaie de la main, une plaie de globe oculaire
- L'urgence sociale : situation imprévue, pouvant être menaçante qui met en péril la personne et/ou son entourage : comme la précarité, la marginalisation, etc ...

- L'urgence ressentie par le malade : perception d'une situation qui peut se présenter comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifiés. (2013)

Enfin, Nicole Aubert, auteure du livre "Le culte de l'urgence", qualifie l'urgence comme :

A la fois, d'abord une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur une situation (urgence subjective) et enfin une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate). (2019, p.177).

Autrement dit, si nous nous penchons sur cet aspect, l'urgence peut alors paraître subjective en référence au système de valeurs de la société ou de la personne qui qualifie l'urgence comme en étant une.

Ainsi, d'après ces nombreuses définitions, nous pouvons retenir que l'urgence est instantanée autant pour la personne soignée que pour le soignant. De plus, elle fait référence à une certaine subjectivité et implique un problème de santé qui survient de façon inattendue. Faisons à présent un focus sur l'urgence vitale et l'urgence relative et ce qui les différencie.

II. 1. B - Vitales ou relatives ? Telle est la question

Jusqu'au XIX^{ème} siècle le mot "urgence" est rare, mot d'origine latine venant du verbe "*urgere*" qui signifie "presser". Le concept d'urgence selon P. Robert désigne "ce dont on doit s'occuper sans retard parce que le pronostic vital est en jeu" (Bénévent, 2009, p.13). A cette époque, il fait alors partie du lexique technique et didactique de la médecine.

La dimension temporelle a toujours été au premier plan, d'autant plus dans l'urgence dite "vitale". En effet, selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), l'urgence vitale est définie comme une "situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés" (2022). A noter, que le terme d'urgence vitale "peut correspondre à celui d'urgence absolue". Toutes deux sont catégorisées comme urgences de catégorie 1 comme l'indique C. Prudhomme (2018, p.10). La notion de pronostic vital est aussi à prendre en compte et fait partie intégrante de ce concept.

De plus, selon P-Y Gueugniaud, l'urgence vitale englobe généralement trois signes cliniques caractéristiques : "l'aggravation de l'état respiratoire, l'instabilité hémodynamique et les troubles de la conscience" (SFMU, 2004, p.7). A savoir qu'un arrêt cardio-respiratoire est une urgence vitale où les trois fonctions vitales sont inertes. Cependant, une urgence vitale peut conduire à tout instant à un arrêt cardio-respiratoire.

Quant à l'urgence dite relative, pour C. Prudhomme, médecin du SAMU, elle regroupe les urgences "où une évaluation et un traitement sont nécessaires mais où le temps ne constitue pas un facteur critique immédiat." (2018, p. 11) Ces urgences relatives peuvent être divisées en deux groupes, les urgences de catégorie 2 et celles de catégorie 3.

Pour commencer, les urgences de catégorie 2 sont celles qui "regroupent les états qui évoluent habituellement lentement et qui sont déjà tolérés correctement depuis un certain temps" (Prudhomme, 2018, p. 12). La situation est alors stable, avec un diagnostic posé et le problème actuel est de l'ordre des prescriptions d'examen complémentaires afin d'aiguiller par la suite les prescriptions des thérapeutiques. Par exemple, une fracture ou un accident vasculaire cérébral ou encore une intoxication médicamenteuse peuvent illustrer ces urgences relatives de catégorie 2.

Pour ce qui est des urgences de catégorie 3, "ce sont les cas où la demande s'apparente plus à une consultation de médecine de ville" (Prudhomme, 2018, p.12). En général, ce sont des patients pris en soins aux urgences avec une prescription d'une thérapeutique qui peut éventuellement être renvoyée en consultation hospitalière ou en ville, ou alors ce sont des urgences envoyées en consultation spécialisée. Les urgences les plus fréquentes dans cette catégorie sont des problèmes "d'ophtalmologie, d'ORL, de stomatologie ou de dermatologie" (Prudhomme, 2018, p.13). A savoir que l'urgence relative peut très vite évoluer vers l'urgence absolue.

C'est la notion de temporalité qui permet de différencier l'urgence vitale d'une urgence relative. Effectivement, contrairement à l'urgence relative, l'urgence absolue contient le concept de pronostic vital. Dans une situation d'urgence vitale, c'est la vie du patient qui est en danger, alors que dans l'urgence relative, le pronostic vital n'est pas engagé.

II. 1. C - Il est urgent de prendre le temps

En tant que soignant l'une des missions premières est de soigner. Nous entendons par le terme soigner, selon le Larousse, "procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un". Cette prise en soins peut se composer d'actes réalisés par les soignants. Ils peuvent être invasifs ou non, douloureux ou non.

Dans une situation d'urgence, une des notions marquantes est la temporalité. Comme dit précédemment, il y a la notion de temporalité qui distingue l'urgence absolue de l'urgence relative. Mais la temporalité n'est pas forcément vécue de la même façon chez le soignant que chez le soigné. Tout d'abord, qu'est-ce que la temporalité et qu'est-ce que le temps ? Le temps est défini d'après Gaston Bachelard par "le temps est objectif, c'est le temps maximum ; c'est celui qui contient tous les instants". (1994, p.48). Marcel Viillard ajoute que "le temps occupe une place singulière au sein de l'expérience humaine". (2004, p.227).

Contrairement à la temporalité, qui elle correspond au temps qui passe, et est alors subjective. Le Larousse définit bien la temporalité par “caractère de ce qui se déroule dans le temps”. Comme celle-ci est subjective alors elle est différente chez le soignant et le soigné. Effectivement, comme l’indique Brigitte Bouquet, “l’urgence entraîne la décision et la coordination” (2013, p.123) pour le soignant mais demande aussi au soigné de se coordonner à la situation qui n’est pas forcément agréable pour lui. De plus, le temps peut rapidement être compté sachant qu’un plan d’action doit être activement mis en place tout en étant à l’écoute les uns des autres mais surtout à l’écoute du soigné. Enfin, la situation d’urgence crée une distorsion de cette subjectivité du temps. Tout est réalisé rapidement entre les actions, les décisions, une certaine vitesse s’élabore autour du soigné et pour celui-ci cela peut être long (Bouquet, 2013, p.123).

De plus, la prise en soins d’un patient en situation d’urgence est soulignée dans la législation. Effectivement, nous pouvons mentionner le décret du 29 juillet 2004, 2004-802 art R.4311-14 du Code de la Santé Publique indique qu’en cas d’urgence :

En l’absence d’un médecin, l’infirmier ou l’infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation relevant de l’urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d’urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l’infirmier ou l’infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu’à l’intervention d’un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l’objet de sa part d’un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

II. 1. D - Quand les émotions s’en mêlent

Face à l’urgence, l’infirmier(ère) peut éprouver un panel d’émotions. Selon F. Lelord et C. André, d’une façon générale, l’émotion se définit comme “une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions)” (2003). De plus, les émotions sont des réactions propres à chacun, universelles et nécessaires pour réguler notre organisme face à une situation.

Il existe deux types d’émotions : les émotions primaires définies comme des “réactions émotionnelles spontanées” (Mercadier, 2002, p.42) face à une situation. Ces dernières comprennent les six émotions fondamentales : la joie, la peur, la colère, la surprise, le dégoût et la tristesse. Puis, il y a les émotions secondaires qui sont quant à elles une “réponse émotionnelle à une émotion primaire”. (Mercadier, 2002, p.42).

La place des émotions dans les soins fait partie intégrante du quotidien des infirmier(ère)s. Cette place peut alors provoquer un phénomène à ne pas négliger nommé le stress. Ce terme apparaît dans la langue française au XXème siècle. La publication de “Stress of life” par Hans Selye explique cette notion de stress et est désignée comme “toute situation où l’organisme est soumis à un événement physique ou psychologique auquel il doit faire face par la mise en jeu de mécanismes adaptatifs”. (Cosnier, 1994, p.128)

De plus, il définit le stress comme la réponse non spécifique de l’organisme à toute demande qui lui est faite. Cette réponse va alors déclencher le syndrome général d’adaptation qui comporte trois phases : la phase d’alarme, c’est la réaction immédiate à un stress ; la phase de résistance, c’est la période d’adaptation ; la phase d’épuisement, c’est la phase terminale de lutte de l’Homme contre le stress.

En conclusion, en situation d’urgence, le stress est étroitement lié aux émotions. Il est l’une des réponses que le corps donne face à une telle situation. Nous constatons que tout humain peut être mis face à cette source de stress qui fait partie intégrante de notre vie, personnelle comme professionnelle, notamment en tant qu’infirmier(ère). L’urgence qu’elle soit vitale ou relative peut créer une réponse au stress propre à chacun et cela peut alors déclencher certaines émotions par le corps. L’une des autres réponses possibles est la douleur. C’est ce que nous allons voir à présent.

II. 2 - Dessine moi la douleur

II. 2. A - Là, où ça fait mal ...

La prévention de la douleur est au cœur de l’exercice infirmier, relevant même de son devoir et du code de déontologie. D’après l’International Association for the Study of Pain, la douleur est “une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle [...]”. (2018). L’ANAES (Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé) complète cette définition en précisant que :

Quel que soit son mécanisme initiateur, somatique, neurologique ou psychologique, la douleur proprement dite [est] un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes [que nous détaillerons plus en détail dans le prochain paragraphe]. L’ensemble de ces dimensions est lui-même sous l’influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents (modèle conceptuel biopsychosocial de la douleur) (1999, p.62).

De plus, l’IASP (Association Internationale pour l’étude de la douleur) évoque la douleur comme “une expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux”. (2020).

Ainsi, les individus, à travers leurs expériences, font face à la douleur et en apprennent le concept. Cette vision de la douleur, il est important qu'elle soit respectée. En d'autres termes : la douleur est subjective.

II. 2. B - L'art des types et composantes de la douleur

Pour commencer, la douleur est divisée en trois grands types. Grâce à l'INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale), nous apprenons que le premier type de douleur est la douleur neuropathique, c'est-à-dire la lésion d'un nerf. C'est une douleur provoquée par la lésion ou la section d'un nerf au niveau périphérique ou central qui rend les neurones hyperexcitables. Ensuite, il y a la douleur nociceptive. Celle-ci est une douleur qui survient lorsque l'intensité des informations transmises par les fibres de la douleur est suffisamment importante pour parvenir au cerveau. Enfin, la douleur nociplastique quant à elle, est liée au cerveau. Ce dernier envoie un message de douleur. En effet, le cerveau crée des connexions et met en place un système de douleur, s'effectuant au sein même du cerveau. (2017).

La douleur est certes une expérience personnelle mais elle est influencée par quatre composantes. Ces dernières sont décrites par la directrice de recherche de l'INSERM, Constance Hammond (2001). Il faut bien connaître les quatre composantes de la douleur et les prendre en considération pour une bonne évaluation de cette dernière. Elles permettent de prendre le patient dans sa globalité. Ces quatre composantes sont : la composante sensorielle, c'est ce que le patient ressent ; la composante comportementale, c'est la manière dont le patient exprime la douleur ; la composante émotionnelle, c'est ce que le patient ressent moralement et la composante cognitive, c'est ce qu'il pense.

II. 2. C - Non sans peine ...

Comme dit précédemment, un des rôles notables de l'infirmier(ère) est la prévention et la gestion de la douleur. Cette dernière est essentielle pour la prise en soins globale du patient. Parmi les différents types de douleurs se distinguent les douleurs induites ou provoquées par les soins.

Les douleurs dites induites font partie intégrante de la douleur et de sa prise en charge. Selon François Boureau, un médecin français spécialiste dans la neurophilosophie et le traitement de la douleur, une douleur induite est définie comme "une douleur de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées". (Wanquet-Thibault, 2015, p.2). D'après A. Coutaux et E. Collin,

En dépit d'une prise de conscience récente, les douleurs liées aux soins sont très fréquentes et sous-évaluées, en particulier dans les populations fragiles (âges extrêmes...). Il est difficile, à partir des études publiées, de définir des facteurs de risques "universels" pour ces douleurs. La mémoire d'un geste est corrélée au pic d'intensité douloureuse ressentie au cours du geste. La mise en place de protocoles antalgiques et leur évaluation restent insuffisantes, y compris chez l'enfant ... (2008, p.126)

Afin de faire face à cette douleur, il est nécessaire de tenir compte de plusieurs facteurs. Par exemple, les facteurs environnementaux entrent en jeu parce que la différence de réaliser un soin dans un lieu calme ou bruyant a toute son importance. Il y a aussi le patient en sa personne qui est à prendre en compte, l'état de ce dernier, ses dispositions, sa représentation du soin, etc... Un patient est unique et se doit d'être pris en soins de la meilleure des façons pour son bien-être. Enfin, le dernier facteur concerne le soignant qui de par sa disponibilité, son état d'esprit, sa fatigue ou encore sa représentation du soin est à prendre en compte.

La prévention de la douleur induite d'après Prudence Gibert, peut se faire grâce à une multitude de moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques. Avant de mettre en place ces thérapies, il ne faut pas oublier d'évaluer la douleur du patient grâce à une échelle validée et adaptée à celui-ci. Puis, de ne pas oublier qu'il existe en première ou deuxième intention les moyens non pharmacologiques afin de pallier les douleurs induites. Nous pouvons par exemple, proposer de l'hypnose, de la musique, appliquer du chaud ou du froid, un casque de réalité virtuelle. Si ces moyens ne peuvent être utilisés, il existe aussi les moyens pharmacologiques. (Gibert, 2022). Cependant, le délai et la durée d'action du médicament ont des conséquences sur les situations d'urgence. En effet, si nous sommes face à une telle situation mais que la thérapeutique a un long délai d'action, il est nécessaire de faire le rapport bénéfice-risque. De plus, il faut que le médicament fasse effet en temps voulu et qu'il couvre toute la durée du soins dans l'idéal. (Galinski, 2015, p.26).

Enfin, le côté relationnel a une place importante car "des mots ou des gestes peuvent agir comme des antalgiques" comme dirait D. Le Breton (2010, p.35). Il ajoute aussi qu'"un soin effectué une dizaine de fois dans la journée par le soignant est toujours le premier pour le patient". (Le Breton, 2010, p.35). Ainsi, rendre le patient acteur du soin, dans la mesure du possible, n'est pas à négliger. Au contraire, cela peut être bénéfique pour lui mais aussi pour le soignant notamment en situation d'urgence si celle-ci le permet. Effectivement, cela permettrait alors de "rendre le patient acteur" de son soin. (Le Breton, 2010, p.35).

De plus, dans le cadre juridique la prise en charge de la douleur est régie par une multitude de lois. Par exemple, l'Article L-1110-5 du Code de la Santé Publique nommée la loi relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 ou autrement dit la Loi Kouchner mentionne que "Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur.

Celle-ci doit être en tout circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée”. Plus spécifiquement pour les douleurs induites, la prévention de cette dernière était au cœur de l’attention dans le programme de lutte contre la douleur de 2002-2005. Effectivement, un des axes de ce plan est : “le renforcement du rôle infirmier, notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins”.(Wanquet-Thibault, 2015, p.12). Puis, le plan d’amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006-2010 favorise le développement des moyens non pharmacologiques envers la prévention des douleurs induites.

Pour conclure, nous comprenons qu’il est important pour les soignants d’observer le patient que ce soit en situation d’urgence mais d’autant plus lors d’une situation pouvant procurer de la douleur. Face à cette complexité qu’est la douleur, le cœur du travail de l’infirmier est de comprendre comment est traduite cette douleur, de l’évaluer, d’écouter le patient, de la traiter et enfin de la réévaluer. Pour cela, la relation soignant-soigné a une place importante dans toute situation de soin, et notamment en situation d’urgence. Désormais, nous allons nous concentrer sur cette relation et découvrir ces nombreuses facettes.

II. 3 - Soigner la relation

II. 3. A - Un mal pour un bien

Le philosophe Confucius, disait : “Si l’Homme a deux oreilles et une bouche c’est pour écouter deux fois plus qu’il ne parle”. Cela peut s’appliquer dans un contexte quotidien mais d’autant plus dans un contexte de soin. La relation soignant-soigné est synonyme de communication et d’écoute active. Effectivement, cette relation est primordiale dans le soin. Elle est omniprésente, nécessaire et au cœur du métier infirmier. D’après Christine Paillard, cette relation se définit comme une “activité d’échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d’une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité)” (2021, p.426). Ainsi, dans une telle relation et comme son nom l’indique, nous avons besoin de deux protagonistes, l’un le soignant, l’autre le soigné. En effet :

- Le *soignant* : professionnel de santé (médical ou paramédical), qui prodigue les soins mais a surtout “l’intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins” Walter Hesbeen (1999, p.8) . Il doit aussi considérer le soigné sans jugement de valeur et se rendre disponible afin de pouvoir observer, écouter, et identifier les demandes et besoins de la personne soignée.
- Le *soigné* : c’est la personne qui nécessite des soins. Celle qui a besoin d’aide pour une durée indéterminée.

Selon Alexandre Manoukian, “une relation, c’est une rencontre entre deux personnes, c’est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières, deux histoires” (2008, p.9) Il y a donc une notion de complémentarité nécessaire dans cette relation. Un des concepts de base pour exprimer la nature de cette relation est donc le lien entre les deux individus.

Ensuite, la relation soignant-soigné peut être simplement une interaction mais peut aussi aller jusqu’à la création d’une vraie relation tissée entre les deux acteurs lors d’un soin qui permet des échanges. Peu importe le lieu de soins, cette relation sera considérée comme une relation soignant-soigné, autrement dit une relation de soins.

Cependant, cette dernière peut parfois être asymétrique au regard de plusieurs facteurs. En effet, le patient pouvant être alité, affaibli, malade contrairement au soignant vêtu d’une blouse et debout peut renforcer cette asymétrie et créer un obstacle pour la relation. D’un côté, ce positionnement peut laisser paraître seulement ses fonctions et non son humanité, son empathie envers le soigné. D’un autre, cela peut avoir un côté rassurant pour le patient car le soignant peut être pour lui, signe d’aptitude professionnelle permettant de répondre à ses besoins, ses craintes, etc... Au moment même où le patient nécessite du soutien et de l’aide dont il n’a pas les connaissances nécessaires pour sa propre prise en soin. Encore une fois, cette notion de complémentarité fait écho malgré l’asymétrie de la relation. Cet aspect nécessiterait, dans certaines situations d’être amélioré et permettrait une relation d’égal à égal entre le patient et le soignant. De même, “être objectif” est indispensable dans une telle relation, afin d’éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou attendu par l’un des deux protagonistes. (Worms, 2010, p.19).

Cette relation est inscrite dans une réelle notion de temporalité. C’est donc un processus complexe nécessitant de nombreuses aptitudes relationnelles, étroitement liées à la communication et au bon positionnement de chacun. Pour entretenir cette relation d’égalité, un engagement mutuel se décide entre le soignant et le soigné et est essentiel, tant pour le vécu du patient que pour la réalisation des soins par le soignant.

II. 3. B - Des relations pour toutes situations

Dans un premier temps, Louis Malabeuf nous apprend qu’il existe neuf types de relations différentes. Il y a la relation sociale, la relation de dépendance, la relation de maternage, la relation éducative, la relation coopérative, la relation d’autorité, la relation d’acceptation, la relation thérapeutique et la relation soignant-soigné. (1992, p.4).

Ayant déjà évoqué en détails cette dernière, je vais brièvement évoquer la relation d’aide et la relation de confiance qui sont toutes deux au sein de la relation soignant-soigné.

Pour construire et respecter cette relation soignant-soigné, la confiance a un rôle primordial. Utilisé au XIIIème siècle, le mot confiance vient du latin “*Confidentia*”, dérivé de *confidere* signifiant “confier”. D’après la définition du Larousse, la confiance est un “sentiment de quelqu’un qui se fie entièrement à quelqu’un d’autre, à quelque chose”.

Ici, la confiance symbolise le lien entre le soignant et le soigné. Cette compétence relationnelle tient compte en globalité du patient, de son histoire, de ses ressentis, de ses vécus afin d’avoir avec lui une relation stable, fiable, authentique et éthique. (Paillard, 2021, p.423)

De plus, la relation de confiance est un postulat de toute relation de soins. En effet, cette relation est réciproque, ce n’est pas seulement le soigné qui doit avoir confiance envers le soignant. C’est une relation bilatérale qui se crée entre les deux protagonistes. Elle permet ainsi une sécurité, rassure, pose un climat de sérénité qui intervient dès l’accueil du patient dans sa chambre, dans tout lieu de soins, en éducation thérapeutique également, etc ... Bien que cette relation ait des limites, comme des limites de temps ou encore de compétences, elle est nécessaire et primordiale pour une collaboration partagée entre le soignant et le soigné.

Enfin, la relation d’aide est aussi au cœur de la relation soignant-soigné et s’instaure avec le patient. Ce concept de relation d’aide prend forme dans les années 1950 par Carl Rogers. Il entend par relation d’aide : “une relation dans laquelle l’un des deux protagonistes au moins cherche à favoriser chez l’autre le développement, la croissance, la maturité, un meilleur fonctionnement, une plus grande capacité d’affronter la vie.” (Bioy, Maquet, 2007, p.27). C’est une relation de soutien qui s’établit instinctivement en réponse à un besoin d’une personne soignée et/ou de son entourage. La posture du soignant est importante car elle nécessite la capacité d’accueillir les émotions et être source de réconfort et de soutien. Pour finir, cette relation demande de la part de l’infirmier(ère) sept conditions et concepts à ne pas négliger : “la présence, le respect, la congruence, l’empathie, l’écoute active, l’authenticité et une connaissance de soi et de ses propres limites”. (Alves Tassinari, 2008).

Ainsi, nous comprenons que la relation soignant-soigné est un processus complexe. Elle nécessite de nombreuses aptitudes relationnelles au sein même de l’alliance thérapeutique et doit alors se créer une relation de confiance et d’aide. Effectivement, ces aptitudes sont essentielles tant pour le vécu du patient que pour la réalisation des soins dans un climat le plus serein possible.

II. 3. C - S’allier pour la santé

L’alliance thérapeutique a un rôle clé dans la relation soignant-soigné. En effet, d’après Laurent Valot et Jean-Daniel Lalau, l’alliance thérapeutique peut se définir comme “la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute, dans la visée de l’atteinte des objectifs définis

conjointement.” (2020). Le terme d’alliance thérapeutique a été employé pour la première fois par Freud en 1913.

Paul Ricoeur développe un concept nommé “pacte de soin”. Il considère alors que le pacte est comme “scellé entre deux personnes contre l’ennemi commun : la maladie” (Jacquemin, 2014).

Cela signifie que la souffrance de la personne soignée amène à une relation singulière entre le soignant et le soigné. Ce pacte est basé sur la confiance. Cette relation singulière pouvant être fragile mais va inconsciemment amener les deux protagonistes à établir une alliance thérapeutique. (Jacquemin, 2014).

Enfin, Gaston L. dans l’un de ses travaux en 1990 nommé “Le concept de l’alliance et son rôle en psychothérapie”, nous propose de voir cette alliance en quatre dimensions. La première dimension est la dimension de travail. Dans celle-ci, nous y trouvons la capacité du patient à travailler dans la thérapie. En ce qui concerne la deuxième dimension, celle-ci fait référence à l’alliance thérapeutique et établit un lien affectif entre le soignant et le soigné. La troisième dimension met en lumière la compréhension et l’engagement affectif du professionnel de santé, c’est-à-dire l’empathie de ce dernier. Enfin, la quatrième et dernière dimension vise l’entente entre le patient et le soignant sur les tâches et les buts en lien avec le traitement.

Si l’alliance thérapeutique est la relation idéale à atteindre entre le soignant et le soigné, il existe aussi d’autres types de relations ayant d’autres caractéristiques.

II. 3. D - Conclure sur la posture

En situation d’urgence, la posture infirmière a un rôle capital. Pour Claire Jouffray, le positionnement professionnel est un “processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d’être positionné dans un environnement défini”. (Jouffray, 2016). La posture infirmière est alors la manière dont nous nous attribuons notre poste. Ce poste s’adapte en fonction de chaque patient et de chaque situation, telles que les situations d’urgence. La posture d’après R. Chamla “suppose une compétence à passer d’un registre à un autre [...]. Par la posture s’incarnent les valeurs d’un professionnel en relation à autrui”. (2010). Christine Paillard complète cette définition en disant que la posture est “un ensemble de connaissances mises en action (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d’efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus.” (2021, p. 480).

Grâce à ces deux définitions, nous pouvons retenir que la posture infirmière ne résulte pas seulement d’une relation professionnelle mais implique aussi le côté personnel. Cette posture est propre à chaque individu et à chaque situation. De plus, la posture peut être influencée par les valeurs professionnelles et personnelles du soignant vis-à-vis du soigné et par leurs interactions.

Cela implique alors une notion de compétence de la part du soignant afin de savoir comment se comporter et réagir face à une situation.

Ce concept est notamment illustré par Geneviève Lameul affirmant que la posture est comme “la manifestation (physique ou symbolique) d’un état mental. Façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, elle exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification”(2016, p.2). De plus, Nathalie Deschryver ajoute que pour elle, la posture “est en outre forgée par notre histoire personnelle, les habitudes acquises, les expériences antérieures.” (2016, p.2).

Dans cette troisième et dernière partie du cadre théorique, nous avons étudié plus en détail la relation soignant-soigné. Si nous devons résumer les informations apprises par les textes et les auteurs, nous pourrions dire que les situations d'urgence sont une expérience où le temps et les émotions sont en effervescence. Aussi, que ces émotions peuvent s’exprimer de différentes manières pour les différents acteurs des soins. Le soignant et le soigné entrent en alliance pour se confronter aux douleurs induites par le professionnel.

Après avoir recueilli et éclairé les points théoriques de différentes lectures provenant d’auteurs variés, il s’agit désormais d’explorer les idées et expériences professionnelles grâce à un recueil de données auprès d’Infirmiers Diplômés d’Etat.

III - Dispositif méthodologique du recueil de données

Après avoir terminé l'écriture de mon cadre théorique suite à de nombreuses lectures et recherches sur les différents concepts ressortis de ma question de départ, j'ai créé mon guide d'entretien (Annexe I). Ce guide est divisé en trois parties comme mon cadre théorique. Les objectifs sont de disposer d'éléments concrets issus d'expériences professionnelles afin de m'éclairer sur les situations d'urgence, la prévention et la gestion des douleurs induites pendant de telles situations et enfin comprendre la place de la relation soignant-soigné.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes. L'intérêt de ce type d'entretien est de pouvoir répondre à mes objectifs, de faciliter la comparaison des différents points de vue et d'éviter les divagations. Cela permet aux Infirmiers Diplômés d'Etat rencontrés de s'exprimer librement sur des thèmes prédéfinis par mon guide d'entretien. En cas de besoin, je pourrais effectuer des relances. A la suite de cet entretien, le but est d'analyser leurs propos afin d'en dégager des tendances autour de points de convergence, de divergence ou de complémentarités.

Une fois mon guide d'entretien construit, j'ai décidé de rencontrer deux infirmières exerçant dans des services conventionnels différents. J'ai fait ce choix afin de confronter davantage les points de vue de professionnels, l'une est en service de médecine et l'autre dans un service de psychiatrie. Bien que leur service et spécialité soient différents, la douleur, les soins et les douleurs provenant de ces derniers peuvent apparaître dans tous les milieux. Grâce à des connaissances personnelles, j'ai contacté ces deux infirmières pendant le mois de Janvier : elles ont répondu favorablement à ma demande.

Toutes deux ayant été mes tutrices de stage, j'ai pu garder un contact avec ces deux infirmières. L'une travaillant en MAS (maison d'accueil spécialisée) et l'autre dans un service de médecine cardiologique, cela m'a permis d'élargir le regard par rapport à mon thème ! Le hasard a fait qu'elles ont été toutes les deux diplômées la même année, mais n'ont pas du tout eu le même parcours professionnel ce qui m'a permis de garder des profils différents et donc d'enrichir mes entretiens. De plus, ayant déjà pu travailler avec elles en stage, cela m'a permis d'avoir une certaine relation de confiance pour réaliser ces entretiens semi-directifs.

J'ai réalisé ces entretiens en présentiel, sur la période de mon stage pendant le semestre 6. Ils ont été tous les deux réalisés fin Février selon nos emplois du temps respectifs, et seulement quatre jours ont séparé les deux entretiens. Ces derniers ont été réalisés sur le lieu de travail des infirmières après leur prise de poste.

J'ai enregistré les entretiens grâce au dictaphone de mon téléphone portable avec l'accord des infirmières pour que la retranscription (Annexe II et III) soit la plus transparente possible, bien évidemment ces entretiens sont anonymisés.

Un des avantages que j'ai pu souligner était le fait que je connaissais déjà les deux infirmières, cela m'a alors permis de ne pas être trop stressée et d'être à l'aise pour réaliser les entretiens. Elles étaient toutes deux enchantées de le réaliser, de m'apporter leurs expériences et connaissances à propos de mon sujet de mémoire. Cela n'a pas créé de barrière car je savais qui j'avais devant moi et j'ai pu les côtoyer en stage. Lors de cet exercice, je me suis moins confrontée à l'inconnu même si à travers leurs réponses j'ai pu me faire surprendre et j'ai parfois été agréablement surprise de cet échange ! De plus, faire les entretiens en présentiel est plus naturel et plus sympathique, cela est plus aisé afin de se comprendre et ne pas créer de barrière. Effectivement, l'une des forces d'être en présentiel est de sentir l'atmosphère, de cerner le langage non verbal. Cela m'a alors permis d'effectuer des relances plus justes ou de reprendre ma question afin d'être plus claire, avec un ton de voix plus adapté et aussi ajuster mon débit de parole.

Ensuite, j'ai pu constater au fur et à mesure des entretiens que mes questions encadraient bien le sujet, ce qui m'a rassurée. J'ai ainsi pu garder le cap sur mes entretiens en me permettant quelques divagations, n'ayant eu aucun impact sur le déroulé des entretiens.

Même si je trouve que le choix des infirmiers reste pertinent, je me demande s'il n'aurait pas été intéressant de confronter leurs idées avec un(e) infirmier(ère) ayant un profil avec un diplôme universitaire sur la douleur. Peut-être aurait-elle pu m'apporter davantage de connaissances à propos de ce sujet. Ou alors, j'aurais peut-être pu interroger un patient ayant vécu une douleur induite lors d'une situation d'urgence afin d'étayer encore plus mon analyse et ainsi me laisser surprendre.

Ainsi, la réalisation de ces deux entretiens m'a apporté beaucoup d'informations et a été très enrichissants pour mon travail de fin d'études ! A présent, il me faut analyser les propos énoncés par les deux infirmières.

IV - L'analyse descriptive des entretiens

Tout d'abord, afin de respecter l'anonymat des deux professionnels, j'utiliserais les noms d'emprunts suivants : "Lisa" et "Océane". Lisa correspondant à l'entretien avec la première infirmière autrement dit "IDE 1", et Océane correspondant au deuxième entretien ainsi nommée "IDE 2". A savoir, que ce sont les dénominations "IDE 1" et "IDE 2" notées dans la retranscription des entretiens (Annexes II et III) et dans les tableaux d'analyse des entretiens (Annexe IV).

Trois thèmes majeurs sont ressortis à la suite de ces entretiens. Ils seront ainsi la ligne conductrice de l'analyse des entretiens. L'analyse descriptive va d'abord aborder les situations d'urgence, puis plus précisément le thème de la douleur induite lors de situations d'urgence et enfin nous explorerons la place de la relation soignant-soigné.

IV. 1 - Les situations d'urgence en service

Je n'ai pas voulu commencer par la définition d'une situation d'urgence mais je voulais plutôt savoir quelles étaient les situations d'urgence rencontrées au sein de leur unité. Toutes les deux m'ont répondu, en premier, être confrontées à des urgences dites "vitales" comme des arrêts cardio-respiratoires. Une autre urgence vitale, citée notamment par Lisa, est l'obstruction des voies aériennes supérieures, par exemple un "risque de fausses routes". Néanmoins, chacune est amenée aussi à rencontrer des urgences "relatives". A la MAS, Lisa rencontre, du fait "de la population vieillissante" notamment, des "crises d'épilepsie". Elle explique aussi avoir rencontré, par exemple en pédopsychiatrie des "crises clastiques". Quant à Océane, infirmière dans un service de médecine cardiologique, elle évoque "des malaises" mais aussi des "des chutes". Lisa précise que, pour elle, toute situation n'est peut-être pas au début une urgence vitale mais "rapidement ça se dégrade" et peut donc devenir vital.

IV. 2 - Les priorités en situation d'urgence

Ensuite, je voulais en savoir plus sur leurs priorités dans ces situations d'urgence. Lisa évoque rapidement la nécessité de chercher du renfort et elle "appelle les collègues" pour notamment récupérer le matériel d'urgence. Elle explique que dans son service "il faut qu'on aille jusqu'à l'accueil qui est assez loin", afin de prendre le sac d'urgence. Ensuite, s'organiser en équipe est un point clé et l'une de ses priorités, elle ajoute que "c'est important de se répartir les tâches au niveau de l'équipe" afin de gérer au mieux l'urgence. Tandis qu'Océane aborde en tout premier lieu la notion de "récupérer le patient" afin "qu'il puisse vivre". Elle souligne aussi le concept de préserver le patient,

autrement dit “qu’on ait pu le soulager [...] qu’il parte sans souffrance” ou alors “qu’il s’en soit sorti”. De plus, les deux infirmières indiquent que l’une des autres priorités est l’environnement autour de la situation. Pour Lisa, infirmière à la MAS, il faut “aussi gérer les résidents qui sont autour et qui sont rapidement affolés”. L’organisation de l’espace n’est pas à négliger “pour que tout se passe pour le mieux” comme l’annonce Océane. Une fois que l’environnement est géré, que les renforts sont appelés et que les priorités sont définies, les soins d’urgence peuvent être réalisés. En effet, elle dit “il faut gérer l’urgence en fonction de ce qu’il y a” et prendre des initiatives par “soit aspirer avec le matériel”, “soit commencer un massage” tout en surveillant le patient. Ainsi, bien cibler les priorités en situation d’urgence est fondamental.

IV. 3 - La place des émotions

L’identification des émotions ressenties en effectuant un geste invasif lors d’une situation d’urgence me semblait important à analyser. D’ailleurs, Lisa et Océane sont d’accord à ce sujet, l’une d’entre elles dit “je laisse de côté mes propres émotions” et l’autre ajoute “j’y pense pas forcément”. Lisa complète en disant qu’elle “se concentre plus sur le geste” et “essaie de faire les choses bien”. Océane affirme que “c’est pour le bien du patient”. La concentration et l’implication dans le geste invasif à effectuer prennent alors le dessus sur les émotions. Océane énonce tout de même ressentir parfois des émotions pendant les massages cardiaques. Notamment lorsqu’elle entend le bruit des côtes se casser et dit “ça fait pas toujours plaisir de faire mal”. Lisa, quant à elle, certifie que si elle se préoccupait de ses propres émotions, à l’instant T, alors : “je me laisserai déborder et en état de panique ou de stress, j’arriverai pas à gérer”. Globalement, les infirmières certifient que les émotions “arrivent après” la situation et ainsi elles “les traite[nt] à posteriori”.

IV. 4 - L’enjeu de la pression temporelle

La pression temporelle peut aussi jouer dans la gestion des émotions. Cela m’a semblé pertinent de confronter les jeunes diplômées à cette question et d’en connaître un peu plus sur les stratégies mises en place face à cette pression temporelle. Elles m’ont évoqué la notion d’ “être dans une bulle”. En faisant abstraction des événements en périphérie, cela aide les deux infirmières à se concentrer sur la situation comme si “le temps s’arrête un peu finalement” ajoute Océane. Afin de gérer cette pression temporelle, l’une affirme “on pense plus qu’à ça et à rien d’autre” en parlant de la situation et du geste à faire. Pour l’autre, elle reste “focus sur ce que je fais”. Une vraie notion “de temps qui s’arrête” ressort pendant les entretiens. De plus, une stratégie relationnelle se met en place, notamment pour Lisa affirmant qu’elle parle “toujours au patient qu’il soit inconscient ou conscient”. A cela, elle essaie aussi “de le récupérer au maximum et garder un contact avec lui”. L’un des objectifs de cette stratégie est “qu’on le récupère au plus vite”. Enfin, le positionnement a une place importante

et est l'une des stratégies émises par les deux infirmières. Lisa évoque surtout un positionnement individuel et reconnaît qu'elle se "positionne rapidement" et qu'elle prend "le lead rapidement", sachant qu'elle rappelle être la seule infirmière pour quarante résidents répartis en deux maisons. Un positionnement collectif est remarqué, Océane complète avec "on a envie qu'il y ait une décision de prise" quand la situation "commence à durer un petit peu trop longtemps". Lisa quant à elle, ajoute "chacun sait ce qu'il a à faire".

IV. 5 - Prévenir les douleurs induites

Après avoir évoqué les situations d'urgence de manière générale, il me paraissait logique d'y ajouter les douleurs induites, cœur même de mon sujet de fin d'études. De ce fait, l'objectif de la question est d'identifier les moyens mis en œuvre ou à mettre en œuvre pour prévenir les douleurs induites lors de situations d'urgence. Les deux infirmières sont d'accord sur le fait de "prendre toujours en compte le patient", avec des manières pouvant être différentes. Mais le patient reste au premier plan et notamment son confort. L'idée "d'état de bien être assez optimal", "d'être doux, d'être délicat" apparaît dans l'entretien de Lisa comme celui d'Océane. De plus, Océane précise que "de les rassurer, de les prévenir de ce qu'on va faire" est important, "ça permet de les inclure dans le soin". Un des moyens mis en place est la rapidité d'exécution du geste comme le précise Lisa : "je pense que je fais le geste assez rapidement". Océane complète cela en affirmant que la communication avec les autres soignants et l'organisation en équipe peuvent permettre de prévenir les douleurs induites.

Pour ce qui est des moyens à mettre en œuvre, la réponse est sans appel pour Océane : la mise en place "d'une formation". Effectivement, elle m'a exprimé le besoin d'avoir accès à une formation pouvant aider les soignants de manière générale à contrer les douleurs induites lors de situations d'urgence. Ainsi, "une formation serait bien pour relier les deux : la douleur avec les soins d'urgence et pas que les soins d'urgence et que la douleur". Contrairement à Lisa, qui n'a pas vraiment évoqué cette idée-là, même si elle conseille furtivement : "si tu peux faire des formations régulièrement, faut les faire". Elle évoque plutôt les ressources humaines ou logistiques. Avec peu d'hésitations, elle m'a tout de suite parlé d' "une meilleure organisation, plus de collègues infirmiers" ou encore que "le manque de moyens, le manque de personnels" n'aident pas les choses.

IV. 6 - Facteurs influençant les douleurs induites

Lors d'une situation d'urgence incluant des soins provoquant des douleurs induites, il existe des facteurs influençants. Ainsi, je demande à Lisa et Océane de me dire selon elles quels sont les facteurs qui influencent les douleurs induites lors des situations d'urgence. Lisa répond rapidement en parlant de la "douleur psychique", notamment avec "l'agitation autour" de la situation et l'inquiétude

“de voir aussi les gens paniqués”. Ensuite, toutes les deux évoquent la notion de stress. En effet, celui-ci peut être un des facteurs influençant l’émergence des douleurs induites et engendre alors des émotions négatives. De plus, la gestion du temps peut influencer les douleurs induites, comme l’exprime Océane : “l’urgence de faire vite”. Elle évoque aussi la notion de “pression” notamment “la pression des médecins [...] on nous demande plein de choses à la fois”. Enfin, selon Océane et Lisa, le positionnement du patient peut avoir un retentissement sur les douleurs induites dans de telles situations. Effectivement, pour Océane : “on veut faire vite” alors “on délaisse complètement le confort”. Elle ajoute à ça que “c’est pas la chose à laquelle on pense le plus”. Alors qu’à l’inverse, Lisa reconnaît que le positionnement du patient et son confort doivent être pris en compte. Effectivement, elle dit “si je l’ai bien positionné pour faire mon soin [...] cela joue” sur le confort du patient et a un rôle important. Cela est donc, un facteur influençant des douleurs induites si nous prenons en compte cet élément dès le début de la situation d’urgence.

IV. 7 - La relation soignant-soigné

Enfin, le dernier thème abordé qui ressort de ces entretiens est la relation soignant-soigné. Les deux infirmières interrogées affirment toutes les deux que l’attitude que nous avons pendant une situation d’urgence impacte le ressenti du patient. En effet, ce dernier ressent nos sentiments, nos émotions “ton patient sent quelqu’un qui doute, qui est stressé, qui s’agite, qui court dans tous les sens” d’après Lisa. Du côté d’Océane, la posture professionnelle et donc l’attitude du soignant a un impact négatif sur le soigné. Effectivement, elle explique bien que le soigné ressent “qu’on est stressé, pressé, qu’on ne parle pas ...”. A l’inverse, le soigné peut aussi ressentir “que tu gères, que tu es organisé” ou encore “que tu sais ce qu’il faut faire” comme l’évoque Lisa. Ici, l’attitude du soignant a un impact positif sur le soigné.

De plus, Lisa exprime que la gestion des émotions n’est pas si facile car “tu ne peux pas les contrôler tout le temps”. La complexité de la gestion des émotions a un retentissement sur l’attitude du soignant et donc un impact négatif sur le ressenti du soigné. Néanmoins, la communication verbale a une place importante selon les deux infirmières pour créer une relation soignant-soigné en situation d’urgence. Océane précise avoir suivi une “formation communication thérapeutique” et ainsi l’aide dans de telles situations parce qu’“il faut essayer de les rassurer”. Lisa complète l’importance de la communication verbale car il est nécessaire pour elle qu’il y ait “une réassurance verbale” et cela “pour le rassurer, pour le guider, pour lui expliquer ce que tu vas lui faire”. Elle indique aussi que la communication non-verbale avec “une main sur le bras” est aussi une réassurance pour le patient.

Océane et Lisa sont en accord pour dire que la relation soignant-soigné est “primordiale” ou encore qu’elles y accordent “une grande importance”. Cela passe toutefois par la prise en compte de l’environnement. Effectivement, Lisa dit se mettre “dans une sorte de bulle avec le soigné” et “c’est vraiment cette sorte de bulle” entre le soignant et le soigné qui peut permettre de créer une relation soignant-soigné. Cette relation étant au cœur de la situation est notamment permise par un accompagnement mutuel d’après Océane. Elle évoque “faire un travail sur la respiration” mais aussi “de le faire avec eux”. Cela permet alors aux patients de se concentrer “sur quelque chose”. Océane affirme aussi “créer une relation de confiance” avec le soigné dans une situation qui peut être critique.

La posture infirmière durant la réalisation de soins invasifs peut avoir un impact sur le ressenti du patient face aux douleurs induites comme l’affirment les deux infirmières. Une résultante de la relation soignant-soigné peut être soit négative, soit positive par rapport au ressenti du patient. Effectivement, d’une part le patient “s’il a mal, il va avoir plus mal” indique Océane. Lisa, quant à elle, avoue que “ça ramène un stress méga important” et donc explique que le patient “soit stressé”.

En mettant en place une relation soignant-soigné lors de telle situation, en l’accompagnant, en communiquant avec lui, comme l’expriment Lisa et Océane, cela apporte un ressenti plutôt positif au patient. Pour Océane, cette relation de confiance peut notamment “peut-être limiter un peu la douleur”. Elle explique aussi l’importance de “mettre les patients dans un milieu qu’ils aiment” pour que finalement “ils s’évadent” le temps de réaliser des gestes invasifs lors d’une situation d’urgence. D’autre part, Lisa attire l’attention sur la relation soignant-soigné d’autant plus que pour elle cela aide à “la régulation de la tension”. Elle complète ses propos en ajoutant que “la personne se sent en sécurité” et ainsi elle “arrive à se détendre un maximum”. Selon Lisa, cela est réalisable si le patient ressent que “ton ton de voix est calme” mais aussi que le soignant a “une voix assez douce”. Alors, le soigné “se concentre sur la voix” et cela permet “de poser un peu les choses” entre le soignant et le soigné.

IV. 8 - L’appréhension des situations d’urgence

Pour terminer sur la relation soignant-soigné mais aussi sur les situations d’urgence où des douleurs induites sont rencontrées, je leur ai demandé si avec l’expérience, leur manière d’appréhender les situations d’urgence a évolué. Toutes les deux m’ont répondu tout de suite : “ah oui c’est sûr !”. Pour Océane “à force d’en faire [...] on devient “meilleur”. Elles confirment toutes les deux que c’est avec “l’expérience qu’on apprend”. Surtout qu’en tant que jeune infirmière, Océane affirme qu’au “début on est un peu plus en retrait”, et puis “on prend moins part à la situation d’urgence, on observe”. Lisa avoue qu’elle n’était “pas comme ça au début”. Il était plus dur pour Lisa de gérer ses émotions car elle avait le “besoin d’évacuer directement”. Or, aujourd’hui avec l’expérience qu’elle a

acquise au fil des années, elle constate qu'elle arrive à refouler ses émotions lors de telles situations. Elle relève aussi que "tu essaies de faire ressortir les émotions positives" pour ne pas donner un mauvais ressenti au patient. Lisa ressent une évolution au niveau de l'organisation "psychique", et Océane déclare qu'elle "tilte plus" selon les besoins. Lisa rapporte aussi une évolution au niveau du positionnement. Ainsi, pour les deux infirmières la manière d'appréhender les situations a évolué avec l'expérience.

Après avoir recueilli les entretiens et réalisé l'analyse descriptive auprès de deux professionnelles de terrain, il me faut discuter de ce que cela représente dans ma future projection professionnelle.

V - Discussion

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai essayé de répondre à la question suivante : **Dans quelle mesure la posture infirmière impacte-t-elle la prévention des douleurs induites chez un patient lors d'une situation d'urgence ?** Pour cela, il est temps de confronter les points abordés dans le cadre théorique, avec les points de vue des professionnels recueillis lors des entretiens et de les croiser avec mon propre cheminement sur cette question de départ.

V. 1 - Au delà de la situation d'urgence, le prendre soin

Tout d'abord, les nombreuses lectures que j'ai pu faire m'ont permis de bien comprendre ce qu'est une situation d'urgence. Notamment, de faire la différence entre une situation d'urgence relative et une situation d'urgence vitale. Une réelle notion de temporalité intervient et fait la différence. Tout comme la notion d'enjeu sur la vie qui est aussi mise en question, comme l'indique Brigitte Bouquet. De plus, les infirmières l'expriment bien et je pense que ce travail de recherche m'a permis de mûrement réfléchir et d'explorer plus précisément la vraie différence entre ces deux notions. D'un côté, il y a l'urgence vitale où les détails de la prise en soin sont davantage mis de côté du fait de l'urgence et de sa pression temporelle. L'un des détails souvent minimisé est la prise en charge de la douleur. D'un autre côté, lors d'une urgence dite relative, nous pouvons consacrer plus de temps à prévenir cette douleur de différentes manières.

Une chose est sûre, à laquelle je ne pensais pas forcément dans une situation d'urgence, est que le confort du patient est primordial. Pour le patient c'est une situation inhabituelle, qui peut se vivre de multiples manières selon la situation en question. Autrement dit, une situation d'urgence est unique tout comme le patient peut l'être. Alors, comme l'indique Lisa : mettre le patient le plus confortablement possible à son importance. Un patient confortablement installé sera un patient considéré, un patient confortablement installé sera un patient qui aura davantage confiance en l'équipe, et surtout un patient confortablement installé sera un patient coopérant pour le soin. De plus, le confort n'est pas forcément la chose à laquelle nous pensons automatiquement devant une situation d'urgence. Encore plus quand celle-ci est une urgence vitale. Cependant, considérer le confort du patient et prendre le temps de subvenir à celui-ci, deviendra un bénéfice pour le patient mais aussi pour le(s) soignant(s) autour de lui. Ainsi, l'un des premiers rôles de l'infirmier(ère) est de prendre soin.

Avant tout, qu'est ce que véritablement le "prendre soin" ? Walter Hesbeen, définit le prendre soin comme "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 sa santé" (1997). A mon sens, tout est

résumé dans cette définition. En effet, une situation d'urgence peut engendrer du stress, de l'anxiété pour le patient, il ressent tout ce qu'il se passe autour de lui, comme nous le révèle Lisa dans l'entretien. La dimension de "prendre soin" en cette fin de mémoire prend tout son sens. Par ailleurs, pour moi, le prendre soin est véritablement important dans notre future profession. Le prendre soin s'oriente vers le patient qui est au cœur du soin, et pour que cela lui soit bénéfique dans toute situation, il me semble important et primordial de pouvoir y répondre. Ainsi, d'après mes nombreuses recherches tout au long de ce mémoire et les entretiens avec les infirmières, je suis convaincue qu'il est possible de prendre le temps nécessaire pour prendre en soin un patient dans sa globalité, bien que le temps peut être compté.

Enfin, le "prendre soin" évolue au regard de chaque soignant, notamment grâce à l'expérience. Carl Rogers disait "L'expérience est un processus expérientiel où le vécu, le senti et l'émotion tiennent une plus grande place" (Paillard, 2021, p.216). Les infirmières interrogées sont en accord avec les auteurs évoqués, notamment dans le cadre théorique. Comme le dit Océane "c'est avec l'expérience qu'on apprend", tandis que Lisa admet qu'avec l'expérience "tes émotions t'arrive aussi à les refouler à ce moment-là". En d'autres termes, c'est notre pratique infirmière qui crée notre expérience. Une réelle évolution est exprimée par Lisa et Océane. En tant qu'étudiante infirmière, mon manque d'expérience et avec le peu de situations d'urgence que j'ai vécu, je me rends compte qu'aujourd'hui par rapport à ma situation d'appel, j'aurais pu voir les choses différemment. Mon premier réflexe en tant que novice a été de mettre un patch EMLA. À présent, je pense que je prendrai le temps de la réflexion pour savoir s'il est nécessaire et cohérent d'appliquer le patch en fonction de l'urgence de la situation.

En tant que future professionnelle, je tiens à être attentive sur les situations d'urgence, ne pas me précipiter, prendre soin du patient en pensant à son confort. Je pense que chaque soignant peut se permettre d'avoir un "temps de réflexion" avant d'agir, "temps de réflexion" qui ne peut être que bénéfique pour la situation d'urgence. Mais qu'en est-il des douleurs dites induites ?

V. 2 - La douleur induite, une douleur à part ?

En débutant ce travail de recherche, j'étais loin d'imaginer à quel point le concept de la "douleur" était aussi complexe. Les nombreuses lectures m'ont permis de comprendre qu'il existe différents types de douleurs, dont les douleurs induites.

"Jusqu'au milieu du XIXème siècle, la douleur induite était considérée comme le prix à payer pour obtenir la guérison." (Donnadieu, 2005, p.29). De ce fait, j'ai compris, grâce aux lectures que j'ai

pu faire et aux entretiens avec Lisa et Océane, que cette notion a évolué. En effet, la prévention mais aussi le soulagement des douleurs induites sont les objectifs principaux des soignants d'aujourd'hui.

Bien que les douleurs induites chez un patient lors d'une situation d'urgence peuvent être parfois créées (par le geste technique), elles sont inévitables pour lui sauver la vie, comme peut l'évoquer Océane en parlant du "massage cardiaque". Cela peut aussi être nécessaire pour poser un diagnostic rapide et précis. Cependant, ceci ne signifie pas que les douleurs doivent être ignorées ou minimisées, bien au contraire. Grâce à ce travail de recherche, j'ai découvert la multitude d'outils thérapeutiques proposés aux soignants. Des thérapeutiques médicamenteuses, souvent utilisées en premier recours mais aussi des thérapeutiques non médicamenteuses nécessitant plus d'investissement de la part des soignants. Comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique avec Prudence Gibert, les thérapeutiques pharmacologiques utilisées en situation d'urgence peuvent avoir des conséquences liées à la durée et au délai d'action du médicament qui ne va pas agir à l'instant T.

Avant de débiter l'écriture de ce mémoire, j'étais plutôt d'avis de débiter par une thérapeutique pharmacologique, comme j'ai pu le faire lors de ma situation d'appel. Puis, j'ai réfléchi lors de mes différentes recherches et lectures, mon opinion a évolué. Ensuite, j'ai été surprise lors des entretiens, qu'Océane comme Lisa n'évoquent à aucun moment l'utilisation d'un moyen pharmacologique pour prévenir les douleurs induites. Au contraire, elles optent plutôt pour une stratégie non médicamenteuse. A présent, je suis en accord avec l'utilisation de thérapeutiques non pharmacologiques pour prévenir les douleurs induites, notamment en situation d'urgence.

Comme j'ai pu le citer plus tôt, la phrase "un mal pour bien" pourrait s'appliquer dans les situations d'urgence. Effectivement, le mal désigne la douleur induite et le bien indique le bien-être du patient. Tout comme mon avis ayant évolué, nous pourrions faire évoluer la phrase vers "un moindre mal pour un bien". Avec l'idée d'atténuer le mal, ou le prévenir, tout en maintenant le bien.

Je me suis rendue compte à travers mes recherches et les entretiens infirmiers mais aussi grâce aux stages que j'ai pu effectués depuis le début de l'écriture de ce mémoire que la douleur est étroitement liée au vécu des patients. En effet, la douleur étant à caractère subjectif, un patient ayant déjà vécu un soin douloureux a plus de risque de redouter encore plus cette douleur. Notamment, si ce soin s'avère de nouveau nécessaire pour lui. Ceci est bel et bien exprimé par les auteurs que j'ai pu lire pour l'écriture de mon mémoire. Ils soulignent et insistent sur le fait que la douleur induite peut être prévisible et donc peut être évitable. Les infirmières interrogées, m'ont aussi énoncé plusieurs facteurs pouvant influencer l'émergence de douleurs induites, particulièrement en situation d'urgence. L'inquiétude de la situation, "l'agitation autour", "le stress" mais aussi des facteurs temporels ou la pression des autres soignants sont des facteurs évoqués par Lisa et Océane.

Néanmoins, à mon sens et après réflexion sur ce travail de recherche, je crois que même si nous pouvons mettre en place toutes les précautions nécessaires pour éviter cette douleur induite, le

patient peut se remémorer cette douleur et va avoir plus de difficultés à occulter ce souvenir douloureux.

Même si la douleur peut être un phénomène complexe et si la douleur induite est une douleur à part entière, cela ne signifie pas que sa prévention doit être compliquée. Bien au contraire, parfois, la présence du soignant à l'écoute du soigné ainsi que l'emploi des mots justes dans la réponse du soignant peut s'avérer très efficace.

V. 3 - L'importance des mots pour prendre en compte les maux

“L'importance des mots pour prendre en compte les maux”, c'est sûrement l'une des phrases que je me suis le plus ressassée depuis la retranscription des entretiens. En effet, lors de ceux-ci je me suis aperçue de la place significative que peut avoir la communication lors des situations d'urgence.

Tout d'abord, la communication entre les soignants, à mon sens, est l'une des choses essentielles lors d'une situation d'urgence. Cela va permettre de se comprendre pendant l'urgence, de savoir quelles sont les conduites à tenir, de mieux se coordonner, etc ...

Peu évoquée dans le cadre théorique, la notion de communication entre les soignants est cependant précisée par les infirmières interrogées. Néanmoins, les deux infirmières expriment la nécessité de se mettre “dans une bulle” pour canaliser leurs émotions et focaliser leur attention sur la situation, le geste à pratiquer pouvant procurer une douleur induite, etc ... A noter que c'est la première chose à laquelle les deux infirmières pensent en premier. Elles expliquent et ajoutent toutes les deux dans un second temps, l'intérêt de communiquer avec les autres soignants et donc encourager l'esprit d'équipe.

Individuellement parlant, il me semble important de se mettre “dans une bulle” comme peuvent l'exprimer les infirmières, pour se recentrer sur soi, sur le patient. Cela permet de ne pas s'éparpiller mais aussi de se concentrer sur la situation.

Collectivement parlant, il s'avère crucial selon moi de communiquer avec chaque membre de l'équipe présent autour de la situation. Rien que pour se répartir les rôles, cela est important, quelqu'un appelle le médecin, une autre personne va chercher le chariot d'urgence, une autre commence à prendre les constantes. Par ailleurs, pour une communication réussie, mettre en forme son message participe à cette bonne transmission.

Certes tout cela est important, mais il me semble avoir oublié quelqu'un : le soigné, membre à part entière de la situation d'urgence. En effet, la communication avec le patient est particulièrement importante car elle peut aider à le rassurer ou encore à établir une relation de confiance comme nous avons pu l'évoquer dans le cadre théorique. Si nous devons croiser les recherches du cadre conceptuel

et les propos énoncés par les infirmières dans les entretiens, nous pouvons rajouter qu'il est important de maintenir un environnement calme. De plus, j'ai pu faire des liens avec d'autres situations en stage et je me rends compte qu'il est important de communiquer de manière claire et concise avec le patient. L'utilisation de termes simples permet de ne pas aggraver la confusion ou l'anxiété du patient.

Au cours de mon cadre théorique, j'ai pu exploré davantage la relation soignant-soigné. Cette relation me semble importante, elle est au cœur du soin. Pour Christine Paillard, la relation soignant-soigné est une "activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité)". (2021, p.426). Lors de mes entretiens avec les infirmières, je ne leur ai pas demandé de me définir la relation soignant-soigné. Néanmoins, toutes les deux m'ont apporté des éléments s'y référant, tels que "tu te mets dans une sorte de bulle avec le soigné" dit Lisa et "créer une relation de confiance" complète Océane. Ainsi, selon moi, l'auteur et les infirmières se rejoignent car il est nécessaire dans les situations d'urgence de prévenir le patient sur les actions qui vont être réalisées pour sa santé. Ensuite, j'ai pu constater qu'il est primordial de rassurer constamment le patient en lui faisant savoir que les soignants font le nécessaire pour sa prise en soin et font leur maximum pour l'aider et le mettre en sécurité. Ainsi, cela enrichit la relation soignant-soigné et permet une véritable relation de confiance entre le soignant et le soigné.

La communication est une composante fondamentale du soin. Qu'elle soit verbale ou non-verbale, elle est nécessaire et fait partie intégrante du soin. La qualité de cette dernière aura un impact majeur sur la qualité des soins prodigués, notamment en situation d'urgence et plus particulièrement lors d'un soin provoquant une douleur induite.

Pendant que j'effectuais mes recherches théoriques et lors des entretiens, j'ai pu percevoir l'importance de la posture infirmière et les attitudes soignantes qui en découlent. Ces dernières ont bel et bien un rôle capital dans une situation d'urgence incluant des douleurs induites par les soins.

Étroitement liée à l'expérience, la posture est définie par D. Dubasque "Savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, poser sans cesse la question du sens et agir en conséquence". (Paillard, 2021, p.481). J'ai constaté, au fil de mon travail et de mes stages, que faire preuve de perspicacité dans des moments comme les situations d'urgence passe par l'adoption d'une bonne posture professionnelle. Une des infirmières interrogée exprime également que "l'attitude joue énormément" sur le ressenti du patient face aux douleurs induites. A noter que le contexte de la situation d'urgence ne facilite pas ce dernier. A cela, Océane comme Lisa évoquent, qu'avec l'expérience leur positionnement et plus précisément, leur posture professionnelle, a évolué et évolue encore au fil des jours.

Ces recherches et ces entretiens m'ont également aidé à prendre du recul sur ma vision de la posture professionnelle mais aussi sur mon questionnement de départ. Effectivement, je peux

désormais faire le parallèle avec ma situation d'appel et je porte un nouveau regard sur ma posture. Face à cette situation d'urgence, je m'étais demandée si j'étais légitime de faire part à l'équipe médicale de l'anxiété majeure que le patient a exprimé. Aujourd'hui, je peux le dire, la posture du soignant a un rôle important dans de telles situations. Si c'était à refaire, je pense que je me permettrais de faire part du ressenti du soigné. Dorénavant, pour mes prises en soin à venir, je veillerai à me remémorer cette situation, pour me permettre de me positionner de la meilleure façon qu'il soit. Autrement dit, je me sens prête à affronter des situations similaires à celle-ci.

Ainsi, l'importance des mots pour comprendre les maux passe avant tout par une bonne posture professionnelle mais aussi par la communication. Une communication claire et précise entre les soignants et une communication adaptée avec le soigné. C'est un apprentissage constant qui évolue avec l'expérience que nous acquérons tous les jours. La posture permet d'avoir une "forme" de communication adaptée mais le "fond" repose sur les émotions.

V. 4 - Démêler les émotions

Lors de la rédaction de mon cadre théorique, je ne me suis pas réellement rendue compte que les émotions pouvaient avoir un impact si significatif lors d'une situation d'urgence, tant chez le soigné que chez le soignant. Pourtant, j'ai vraiment pris conscience lors des entretiens avec les deux infirmières que les émotions occupent une place particulière dans les situations d'urgence.

J'ai eu la chance de pouvoir interviewer des infirmières issues de deux services différents, l'une en médecine conventionnelle et l'autre en psychiatrie. Étonnamment, toutes les deux m'ont témoigné que lors de situations d'urgence, elles essaient de traiter leurs émotions à posteriori, pour canaliser leurs énergies dans une concentration la plus optimale possible. Personnellement, je ne l'avais pas forcément réalisé, dans l'inconscient sûrement ...

Cependant, lors de mon dernier stage, j'ai vécu une situation d'urgence nécessitant un geste invasif qui a été douloureux pour le soigné. Lors de cette situation, je me suis rendue compte que j'étais restée concentrée sur le patient, sur son angoisse face à l'urgence. Surtout j'avais mis de côté toutes mes émotions pour me concentrer sur la douleur que j'allais procurer au patient en lui faisant un geste invasif. A ce moment-là et à ce niveau de travail, j'ai compris que la gestion des émotions est propre à chacun. Néanmoins, en sortant de la chambre, mes émotions sont arrivées et j'ai repensé à mon mémoire, au cadre conceptuel, aux entretiens. J'ai eu le besoin de débriefer de la situation avec l'équipe. Notion évoquée par Lisa lors de son entretien, qui elle aussi traite à posteriori ses propres émotions et nécessite parfois d'en discuter avec le reste de l'équipe soignante.

A mon sens, et après réflexion sur toutes ces notions parlant des émotions, je constate un réel intérêt de débriefer à distance de la situation en équipe pluridisciplinaire. Cela va permettre dans un premier temps de partager nos ressentis face à la situation d'urgence vécue. Aussi, dans un second temps, de réaliser l'importance de pouvoir mettre des mots sur les émotions que nous avons pu ressentir lors de cette situation. Chacun a sa propre manière d'exprimer ses émotions, il est important de les respecter, sans les juger et d'être à l'écoute les uns des autres, pour avancer ensemble, en équipe. Certains aussi, vont sûrement plus s'exprimer de manière non-verbale, alors repenser à la situation peut s'avérer difficile. Néanmoins, essayer, voire réussir, à débriefer en équipe pluridisciplinaire sur la situation permet avant tout de mieux appréhender les prochaines situations d'urgence. Ainsi, prendre le temps de s'exprimer, de laisser les autres verbaliser est important. Cela permet aussi de souder l'équipe, d'en apprendre plus sur les membres de cette dernière, peut être libérateur et autorise de passer à autre chose.

V. 5 - En route vers la question de recherche

A vrai dire, depuis le début de l'écriture de ce travail de recherche, la notion des "émotions" a toujours raisonné en moi. Au fur et à mesure des différentes recherches et particulièrement grâce aux entretiens menés, j'ai réalisé que la maîtrise des émotions en situation d'urgence n'était pas tout le temps facile. Tant pour le soignant que pour le soigné, ressentir des émotions en situation d'urgence s'avère compréhensible et parfois même nécessaire. Néanmoins, les contrôler pour les soignants afin de ne pas stresser le soigné peut être plus difficile que dans une situation de soin de tous les jours. De plus, à mon sens, il est difficile de ne rien éprouver face à une douleur induite pour laquelle nous sommes acteurs mais aussi spectateurs vis-à-vis du patient face à nous.

Selon moi, la gestion des émotions s'avère complexe. En effet, la place des émotions est à questionner mais aussi à analyser. Contrôler ses émotions n'est pas une chose aisée dans une situation de soin ordinaire et, encore moins en situation d'urgence. Tout être humain ressent des émotions, alors un travail de recherche autour de ce thème a toute sa place pour l'écriture d'un mémoire.

Ainsi, c'est pourquoi au terme de ce travail et émanant des mes réflexions, ma question de départ pourrait évoluer vers la question de recherche suivante :

En quoi la gestion des émotions du soignant lors d'une situation d'urgence impacte la prise en soin du soigné ?

Conclusion

A l'heure où j'écris cette conclusion, le mot "émotion" prend tout son sens. Cette conclusion inaugure la fin de mon travail de recherche et les quelques mois de formation qu'il me reste avant de m'envoler vers de nouvelles aventures.

Dès mon plus jeune âge, j'ai su que je voulais m'orienter vers le métier du soin. Me rendre utile auprès des personnes qui en ont le besoin, était une évidence pour moi. Ces trois années de formation m'ont énormément enrichie tant sur le plan professionnel que personnel. Tout cela, grâce aux nombreuses rencontres que j'ai faites tout au long de mon parcours et notamment dans les divers stages que j'ai pu effectuer.

Un jour, un patient m'a dit : "Vais-je avoir mal ? S'il vous plaît, je ne veux pas avoir mal". Depuis ce jour, je me suis questionnée sur ma pratique soignante et j'ai tout de suite su que je souhaitais faire mon mémoire de fin d'études sur la douleur. Puis une situation en stage m'a particulièrement marquée et questionnée. C'est de celle-ci que résulte tout mon travail de recherche. Alors, la prévention des douleurs induites en situation d'urgence m'a rapidement inspiré et une véritable réflexion a fini par apparaître.

Au début, le "mémoire" dont tout le monde parle à l'école ne m'évoquait pas grand chose. J'appréhendais beaucoup cet exercice et finalement j'y ai découvert un vrai attrait. J'ai aimé découvrir et apprendre au fil des jours comment avoir une âme de chercheur, surtout sur un thème qui me tenait particulièrement à cœur.

Je ne sais combien d'heures j'ai passé à la rédaction de ce travail de recherche, mais je sais à quel point j'ai apprécié l'écrire. J'ai aimé découvrir de manière plus approfondie des notions qui sont au cœur du métier de l'infirmier(ère). Au-delà de l'urgence, des douleurs induites, de la posture infirmière, de la relation soignant-soigné, j'ai appris ce qu'était véritablement le "prendre soin". À travers ces notions, je me suis rendue également compte à quel point j'ai élargi ma curiosité professionnelle. Cela m'a permis de comprendre que l'urgence était quelque chose de subjectif, tout comme la douleur peut l'être. Il ne suffit pas de soulager la douleur mais de prendre en compte tous les aspects qui pourraient influencer cette douleur induite.

A présent, en prenant du recul sur mon travail de recherche, force est de constater une réelle évolution dans ma manière de percevoir ma situation d'appel. Au départ, j'ai commencé à l'aborder avec un regard d'étudiante, un regard naïf et rempli de questionnements. Mais au fil du temps, j'ai réussi à la percevoir du point de vue d'une professionnelle de demain. Grâce à ce travail qui a été riche en rebondissements, j'ai pu acquérir des connaissances théoriques lors de l'écriture du cadre conceptuel. J'ai pu aussi assimiler des connaissances pratiques grâce aux témoignages de deux professionnelles de terrain. Sans elles, certaines notions n'auraient pu être perçues dans mon mémoire. Puis la concrétisation de ce travail de recherche m'a permis d'affiner et de m'apporter un nouveau regard sur ma future pratique professionnelle.

Aujourd'hui, je peux affirmer que mes représentations sur les situations d'urgence et la douleur ont réellement changé. Je me suis rendue compte au travers de ce travail, de toute la complexité de la douleur induite, de sa prévention mais aussi de sa gestion lors de situations d'urgence. J'ai compris que la posture infirmière joue un rôle important dans la prise en soin du soigné. Grâce à ce travail, j'ai pu percevoir l'importance de la communication entre les soignants mais aussi avec le soigné. La communication est la clé de toute relation entre le soignant et le soigné. La cohésion d'équipe est aussi l'une des clés à ne pas négliger pour affronter une situation d'urgence. De temps en temps, ces situations sont source de stress et sont susceptibles de nous faire éprouver des émotions. Alors, pour ne pas se retrouver en difficulté, il faut parfois avoir conscience de ses propres émotions et en discuter avec le reste de l'équipe semble nécessaire et bénéfique.

Pour conclure, ce mémoire a été pour moi riche en enseignements et j'y ai trouvé un réel épanouissement. Aussi, j'ai appris à me remettre en question, à prendre en compte mes doutes, mes angoisses et surmonter mes émotions. C'était une grande première pour moi et je suis parfois passée par des étapes difficiles lors de sa rédaction. Mais comme le mémoire a été un vrai challenge, rebondir suite à ces difficultés, l'a été aussi et : j'ai réussi.

Ce travail de recherche clôt trois belles années d'études en sciences infirmières. Je peux le dire : j'en suis fière et j'en ressors grandie.

Bibliographie

Ouvrages

Bachelard, G. (1994). *L'intuition de l'instant*. Paris.

Bioy, A. Maquet, A. (2007). *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Dunod.

Cosnier, J. (1994). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Retz.

Coutaux, A. et Collin, E. (2008). *Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs*. Paris.

Evin, C. (2014). *Les urgences : un symptôme des changements de la société ?*. SciencesPo Chaire Santé.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, Masson.

Lelord, F et André, C. (2003). *La force des émotions*. Paris, Odile Jacob.

Manoukian, A et Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3^e éd.). France, Lamarre.

Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris.

Paillard, C. (2021). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (5^e éd.). Setes.

Prudhomme, C. (2018). *L'infirmière et les urgences* (9^e éd.). Maloine.

Viallard, M-L. (2004). *Le temps en soins palliatifs. Médecine palliative*. (Vol. 3. N°5). Dunod.

Wanquet-Thibault, P. (2015). *Douleurs liées aux soins*. Rueil-Malmaison, Lamarre.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* (Collection Ethique et philosophie morale). Presses universitaires de France, Paris.

Articles de périodiques

Chamla, R. (2010). *A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale*. La revue française du service social, expertise et évaluation. ANAS, n°236, p.4

Deschryver, N. & Lameul, G. (2016). *Vers une opérationnalisation de la notion de posture professionnelle en pédagogie universitaire*. Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur, CHU de Rennes, p. 2

Galinski, M. (2015). *Réduire les douleurs provoquées par les gestes en situation d'urgence*. Oxymag, n° 142, p.24-27

Gautier, A. (2016). *Compétence émotionnelle et implication des soignants*. Objectifs Soins, n° 248, p.27-31

Gibert, P. (2022). *Douleur induite par les soins et prise en charge antalgique*. Revue de l'infirmière, n° 281, p.47-48

Hesbeen, W. (1999). *Le caring est-il prendre soin ?*. Perspective soignante, n°4, p.8

Le Breton, D. (2010). *La douleur induite par les soins*. Soins, n°749, p.35-39

Malabeuf L. (1992). *La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte*. Soins, formation, pédagogie, n°4, p. 4-5

Textes législatifs

LégiFrance (s.d). Article L. 1110-5. - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Du Code de la Santé Publique. Repéré à :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

LégiFrance (s.d). Article R4311-14. Du Code de déontologie infirmière. Repéré à :

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001846990

LégiFrance (s.d). Article R4311-3. Du Code de la Santé Publique. Repéré à :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665

Sites internet

Alves Tassinari, M. (2008). *La dimension politique des relations d'aide : la contribution de Carl Rogers*. Nouvelle revue de psychosociologie, n°6, p.229-241. Repéré à :

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-2-page-229.htm>

ANAES. (1999). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire* Service des Recommandations et Références Professionnelles, p.62. Repéré à :

<https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>

Association UPSA de la douleur. (2015). *Définition de l'urgence*. Repéré à :

https://www.institut-upsa-douleur.org/fr-fr-id-223-definition_de_l_urgence-igswc/

Aubert, N. (2019). *Culture de l'urgence*. Dictionnaire de sociologie clinique, p. 177 à 179. Repéré à :

<https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-177.htm>

- Bénévent, R. (2009). *La rhétorique de l'urgence*. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, p. 13 à 20. Repéré à :
<https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2009-2-page-13.htm>
- Bouquet, B. (2013). *Les temporalités de la décision*. Vie sociale, n°2, p. 123 à 131. Repéré à :
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2013-2-page-123.htm>
- Compresses et sparadrap. (2021). *Le jour où #3 ... J'ai vécu une situation d'urgence vitale en tant que jeune diplômée*. Repéré à :
<https://compressesparadrap-podcast.com/index.php/portfolio/le-jour-ou-3-situation-urgence-vitale-jeune-diplomee/>
- Confiance. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>
- Donnadieu, S. (2006). *Les douleurs induites*. Repéré à :
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/douleurs_induites-2.pdf
- Hammond, C. (2001). *Les composantes de la douleur*. Repéré à :
<https://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/douleur/html/compdoul.htm>
- HAS. (2022). *Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification*. Repéré à :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf
- Inserm. (2017). *Douleur, un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité*. Repéré à :
<https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
- International Association for the Study of Pain. (2018). *Définition de la "Douleur"*. Repéré à :
<https://www.iasp-pain.org/>
- Jacquemin, D. (2014). *La visée éthique chez P. Ricoeur et l'alliance thérapeutique*. Manuel de soins palliatifs, p. 157-163. Repéré à :
<https://www.cairn.info/manuel-de-soins-palliatifs--9782100712366-page-157.htm>
- Peoc'h, N., Lopez, G et Castes, N. (2007). *Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours ... Vers les prémisses d'une compréhension*. Recherche en soins infirmiers, n°88, p. 84 à 93. Repéré à :
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-84.htm>
- Réseau Interclud de la Douleur (2020). *L'IASP propose une nouvelle définition de la douleur*. Repéré à :
<https://www.interclud-occitanie.fr/actualites-et-reglementation/actualites-douleur/eid/2414/liasp-propose-une-nouvelle-definition-de-la-douleur>
- SFMU. (2004). *Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières*. Conférences d'experts. Repéré à :

https://www.sfm.u.org/upload/consensus/ce_uvih_court.pdf

SFMU. (2013). *Le triage en structure des urgences*. Repéré à :
https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

Soigner. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soigner/73230>

Temporalité. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à :
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temporalit%C3%A9/77227>

Valot, L., Lalau, J-D. (2020). *Médecine des maladies métaboliques. Le point sur l'alliance thérapeutique*. Repéré à :
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255720300080?>

Image

Petit-Daudin, F. (2023). *Dessin original pour illustrer le travail de recherche*

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Premier entretien infirmier

Annexe III : Second entretien infirmier

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Guide d'entretien

“Bonjour, je m'appelle Emma, je suis étudiante en troisième année de sciences infirmières à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaite vous interroger sur le thème des douleurs et des situations d'urgence. Cet entretien restera anonyme et acceptez-vous d'être enregistrée ?”

1. Parlez moi de votre **parcours professionnel**

→ *Objectif : connaître le parcours professionnel de l'intervenant*

2. Quels sont les **types d'urgence rencontrés** au sein de cette unité ?

→ *Objectif : Identifier selon les infirmières quels sont les types d'urgence rencontrés au sein de leur unité*

3. Comment **caractériseriez ou qualifieriez-vous ces situations d'urgence** ?

→ *Objectif : Caractériser les situations d'urgence*

Objectif commun : Préciser les situations d'urgence rencontrées au sein de l'unité

4. Quelles sont vos **priorités** dans ces situations d'urgence ?

→ *Objectif : Identifier les priorités dans des situations d'urgence*

Objectif commun : Identifier les priorités dans des situations d'urgence

5. Quelles **émotions** ressentez-vous lorsque vous avez à réaliser des **gestes invasifs** au patient lors de ces situations d'urgence ?

→ *Objectif : Identifier les émotions ressenties lorsque de la réalisation de gestes invasifs au patient lors d'une situation d'urgence*

Objectif commun : Identifier les émotions ressenties lors de la réalisation de gestes invasifs au patient lors d'une situation d'urgence

6. Comment gérez-vous la **pression temporelle** lorsque vous avez à réaliser des gestes invasifs alors que vous êtes dans une situation d'urgence ?

→ *Objectif : Identifier les mises en oeuvre pour contenir la pression temporelle ressentie lors de la réalisation d'un geste invasif en situation d'urgence*

Objectif commun : Identifier les stratégies mises en oeuvre pour contenir la pression temporelle ressentie lors de la réalisation d'un geste invasif en situation d'urgence

7. Que **mettez-vous en œuvre pour tenter de limiter la douleur induite** par ces gestes invasifs réalisés lors de situation d'urgence ?

→ *Objectif : En savoir plus sur ce qui est mis en oeuvre pour limiter la douleur induite par des gestes invasifs lors de situation d'urgence*

9. De quoi auriez vous **besoin pour davantage prévenir** ces douleurs induites en situation d'urgence ?

→ *Objectif : Connaître leurs besoins pour davantage prévenir les douleurs induites en situation d'urgence*

Objectif commun : Identifier les moyens mis en oeuvre ou à mettre en oeuvre pour prévenir les douleurs induites lors de situations d'urgence

8. Selon vous quels sont les **facteurs qui influencent** les douleurs induites lors des situations d'urgence ?

→ *Objectif : Connaître leur vision sur les facteurs influençant les douleurs induites*

Objectif commun : Repérer les facteurs qui influencent l'émergence de douleurs induites lors de situations d'urgence

10. Pensez-vous que votre **attitude ou votre manière** d'être durant ces soins invasifs **impactent le ressenti des patients** face à ces douleurs induites ? A quels niveaux ?

→ *Objectif : Identifier l'impact que peut avoir un soins invasif sur le ressenti du patient face à ces douleurs induites*

11. Quelle place accordez-vous à la **relation soignant/soigné** lors de ces situations d'urgence ?

→ *Objectif : Déterminer la place accordée à la relation soignant/soigné en situation d'urgence*

Objectif commun : Identifier l'impact de la posture de l'infirmière durant la réalisation de ces soins invasifs sur le ressenti du patient face aux douleurs induites

12. Avec l'expérience, diriez-vous que votre **manière d'appréhender** les situations d'urgence a **évolué** ? A quels niveaux ?

→ *Objectif : Préciser l'impact sur la manière d'appréhender les situations d'urgence*

Objectif commun : Préciser l'impact sur la manière d'appréhender les situations d'urgence

13. Pourriez-vous **me raconter** une situation d'urgence dans laquelle vous avez eu la sensation d'accompagner au mieux le patient ?

14. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe II : Premier entretien infirmier

Emma : “Bonjour, alors je me présente, je m’appelle Emma, je suis étudiante en troisième année de sciences infirmières à l’IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre de mon mémoire d’initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaite t’interroger sur le thème des douleurs et des situations d’urgence. Cet entretien restera anonyme et petite question : acceptes-tu d’être enregistrée ?

IDE 1 : Bien sûr

E : De toute façon c’est trop tard *rires* et merci d’avoir accepté de prendre le temps de répondre à ces questions !

IDE 1 : Avec plaisir !

E : Alors première question : *peux-tu me parler de ton parcours professionnel ?*

IDE 1 : Alors oui, je suis N, j’ai 26 ans, je suis diplômée depuis 2018. J’ai débuté à Paris dans une unité de pédopsychiatrie... sur une unité d’hospit dans un internat, ils avaient entre 8 et 16 ans avec des troubles autistiques et psychotiques. J’y suis restée 4 ans et ... je me suis fait muter en avril 2022 à la MAS. Donc je suis à la MAS depuis quelques mois maintenant.

E : Chouette, *et quels types d’urgences tu as rencontrées à la MAS ?*

IDE 1 : Alors du coup, nous, vu la population assez vieillissante ... il y a beaucoup de risques de fausses routes, ça c’est quelque chose qui arrive fréquemment. Il y a eu des arrêts cardio-respiratoires aussi ... et beaucoup de personnes épileptiques qui nécessitent une surveillance accrue et parfois des injections parce que la crise ... Ils n’arrivaient pas à se récupérer après une telle crise. Ce sont les principales urgences ... Et les risques de chutes aussi, parce que ce sont des personnes qui sont vieillissantes et après ... en terme d’urgence, on est plutôt pas mal. Si ça me revient je te redirais !

E : Ça marche, *et tu les qualifies ou caractérises comment ces situations d’urgence ?*

IDE 1 : Je les qualifie comment ? C’est-à-dire ?

E : Dans le sens, qu’il y a plusieurs types d’urgence

IDE 1 : Ah ! Vitale quand c’est un arrêt cardio-respiratoire bien sûr. Risque de fausses routes aussi parce qu’en fait rapidement ça se dégrade ... en fait la plupart c’est vital ! Parce que la crise d’épilepsie elle est pas loin. Je dirais que c’est quand même de l’urgence ++++. Risque de chute non, s’il est mal positionné ça peut quand même être rapidement compliqué.

E : D’accord et *dans ces situations quelles sont tes priorités ?*

IDE 1 : C’est ... comment je gère une urgence finalement ?

E : Oui en quelque sorte !

IDE 1 : C'est toujours, l'environnement déjà, j'appelle les collègues, le SAMU, rapidement du renfort. Nous sur la MAS c'est particulier, on n'a pas de sac d'urgence ... il faut qu'on aille jusqu'à l'accueil qui est assez loin. Dans les maisons on a un chariot mais il y a presque rien dedans, on a un matériel d'aspiration pour une fausse route par exemple. Donc, moi je travaille sur le service tout en bas et celui tout en haut, donc quand c'est en haut c'est pas loin de l'accueil mais alors en bas il faut courir et donc souvent on appelle les collègues pour qui nous ramène le sac et gérer le plus rapidement possible... Donc c'est pas le top en terme de sécurité . Bon après, on est des équipes assez solidaires donc rapidement on arrive à s'organiser pour la gérer mais c'est plus aussi gérer les résidents qui sont autour et qui sont rapidement affolés. C'est important de se répartir les tâches au niveau de l'équipe puisqu'on est seul infirmier donc les aide-soignants dégagent un petit peu l'environnement pour éviter d'affoler tout le monde et puis après il faut gérer l'urgence en fonction de ce qu'il y a. Soit aspirer avec le matériel qu'on a, soit commencer un massage, soit injecter et surveiller la personne qui fait une crise d'épilepsie si elle arrive pas à se récupérer rapidement.

E : Mais c'est quand même une sorte de "perte de temps" d'aller chercher le sac ...

IDE 1 : C'est un niveau de stress ... bon je suis quelqu'un de stressée à la base, dans ces moments là j'arrive à le gérer mais en même temps tu te retrouves seul infirmier à devoir appeler rapidement mais c'est pas évident. La structure n'est pas faite pour gérer au mieux les urgences.

E : Et ... *quelles émotions tu ressens lorsque tu dois réaliser des gestes invasifs alors que tu es dans une situation d'urgence ?*

IDE 1 : Alors ... à la fois je laisse de côté mes propres émotions parce qu'à l'instant T je n'ai pas le temps de les analyser et à côté je me concentre plus sur le geste à faire et que ce soit au maximum dans ... Parce que la personne est en souffrance à ce moment-là donc j'essaie de faire les choses bien, de me concentrer au maximum et donc de la mettre dans un état de bien être au maximum. Mes émotions je les refoule à ce moment-là, je les traite à posteriori quand la situation est passée. Sinon je sais que je me laisserai déborder et en état de panique ou de stress et j'arriverai pas à gérer finalement une situation quoi ...

E : Et tu en parles après avec le reste de l'équipe ?

IDE 1 : Oui, fin moi je sais que j'aime bien faire un débrief sur les émotions de l'Autre plutôt que mes propres émotions, ce n'est pas quelque chose que je fais ... Mais si quand je suis à l'aise avec quelqu'un de l'équipe je peux en parler et dire "là, je me suis sentie comme çà ou comme ça". Je pense que c'est important d'en parler et de ne pas rester avec des émotions parce que ça peut être une situation violente pour le soignant et pour le soigné mais aussi les gens autour et on a besoin d'évacuer aussi derrière quoi ... Pour se dire est ce que j'ai bien fait ? Sur le geste, est ce que j'ai bien géré alors que j'étais en état d'urgence.

E : J'entends, j'entends ... et si je te dis "pression temporelle" ça te rappelle quelque chose ?

IDE 1 : Oh oui !

rires

E : Alors parlons-en, *comment gères tu la pression temporelle lorsque tu dois réaliser des gestes invasifs alors que tu es en situation d'urgence ?*

IDE 1 : C'est-à-dire ?

E : Comment gères tu la pression du temps, avec l'environnement autour, les résidents par exemple, etc ... C'est plus clair ?

IDE 1 : Oui, donc comment je la gère finalement ?

E : Oui voilà !

rires

IDE 1 : Je sais que quand je fais un geste comme ça, déjà moi, je sais pas si ça a un rapport mais ... quand je fais des gestes, je parle toujours au patient qu'il soit inconscient ou conscient. En tout cas j'essaie de le récupérer au maximum et garder un contact avec lui. Donc ça, c'est vraiment quelque chose qui m'aide, ça me permet de me mettre dans la bulle de ce que je suis en train de faire à l'instant T. C'est ... comme ça je pense que je le gère ... je suis focus sur ce que je fais et ouais ... je sais pas... Comment je gère la pression temporelle, c'est particulier ... Après je sais que je me positionne rapidement, surtout que tu es le seul infirmier donc c'est particulier mais je prends le lead rapidement "Toi tu fais ça, toi tu fais ça" et généralement c'est ça qui marche. Chacun sait ce qu'il a à faire et c'est assez fluide dans une situation comme ça quoi. Après les gens réagissent de manière différente quoi ... Tu as des personnes qui restent là, qui ne savent pas quoi faire, qui sont face à la situation et sont juste stoïques, ils ne savent pas comment réagir. Tu as ceux qui courent partout et qui ne savent plus où ils sont. Donc tu es aussi obligée de gérer les collègues à ce moment là en panique, qui n'ont pas l'habitude et qui n'ont pas la formation pour gérer les personnes en situation d'urgence. Ils ont l'AFGSU mais c'est très ... light ...

E : Ensuite, *qu'est ce que tu mets en œuvre pour tenter de limiter la douleur induite par ces gestes invasifs réalisés pendant ces situations d'urgence ?*

IDE 1 : Déjà j'essaie de le mettre, en fonction de ce qu'il s'est passé ... dans une position la plus confortable possible, c'est-à-dire ne pas le mettre au sol, tu fais ... comme tu peux aussi et en fonction ... comment dire ... de la corpulence de la personne ou pas, tu ne vas pas la déplacer de la même façon et ça dépend aussi de ce qu'elle a eu. La mettre dans un état ... sa tête avec un coussin, lui parler, lui mettre une couverture... quelque chose pour qu'elle soit dans ce moment là dans un état de bien être assez optimal dans ce que j'estime optimal. Après tu ne peux pas faire tout au maximum parce que tu as d'autres choses à gérer qui sont plus prioritaires mais en tout cas de le mettre dans une situation où il est plus à l'aise en terme de confort.

E : Et au moment où tu provoques une douleur induite ?

IDE 1 : Qu'est ce que je fais ?

E : Oui ! Sachant que tu es dans l'urgence ...

IDE 1 : Je continue à lui parler et je pense que je fais le geste assez rapidement si je peux comme ça le soin est assez rapide et on limite un peu la douleur même si ça ne l'annule pas ... Je pense que je fais assez rapidement les choses.

E : Ça marche, merci pour ta réponse !!

rires

E : Ensuite, *selon toi quels sont les facteurs qui influencent les douleurs induites lors des situations d'urgence ?*

IDE 1 : ... parce qu'il y a la douleur physique mais aussi il y a la douleur psychique, je pense que de voir tout le monde s'inquiéter, toute l'agitation autour ça ne doit pas être simple. De voir aussi les gens paniqués, ça n'aide pas même si la personne n'est pas toujours consciente et mine de rien ça joue beaucoup ... Quels facteurs induisent la douleur ? Je pense que c'est le positionnement aussi comment il est positionné est-ce que j'essaie de le ... Parce que ça ça joue aussi si je l'ai bien positionné pour faire mon soin... Je dirai vraiment en point clé... l'agitation du groupe autour qui fait qu'il peut y avoir une montée de stress qui peut faire augmenter la douleur finalement. Mais le fait de le guider verbalement je pense qu'avec une voix assez douce, je pense que ça se contrôle aussi mais ça permet aussi de réguler sa tension psychique qui est aussi induite par la douleur et par le stress de tout le monde. Et surtout ça permet de poser un peu les choses et que le résident se concentre sur la voix et se met dans une bulle avec moi.

E : Et dans ces moments-là, *de quoi aurais-tu besoin pour davantage prévenir ces douleurs induites en situation d'urgence ?*

IDE 1 : Clairement déjà, c'est une meilleure organisation, plus de collègues infirmiers pour essayer de se répartir les tâches. Il y en a un qui reste avec le patient, un autre qui prépare les médicaments, je pense que finalement c'est ça aussi qui joue.. en tout cas à la MAS. Parce que quand ça arrive et qu'on doit aller chercher le sac parce que les collègues sont déjà occupés, je pense ça amène un stress pour le résident mine de rien... Mais aussi, le manque de moyens, le manque de personnels, il y a trop de résidents pour le nombre de soignants qu'on est ... Parce que s'ils étaient moins de résidents ou alors plus de soignants, on arriverait à être dans une surveillance assez constante avec eux et donc d'éviter aussi des chutes, des fausses routes, plein de choses comme ça même si tu ne peux pas tout contrôler je pense que ça joue vachement... Sur 40 résidents, donc 20 par maison ... Je me souviens avoir eu une situation d'urgence en bas et en haut en même temps ... C'était la panique ... Je venais de terminer une situation d'urgence avec un résident qui fait un arrêt cardio et je devais repartir avec le sac à dos jusqu'en bas... mais c'était quand même loin tu vois ... car en bas le résident venait de faire une crise d'épilepsie et c'était bien amôché le crâne... sur le côté ... Donc c'était horrible parce que c'était des points de sutures dont il avait besoin mais on n'est pas habilité à ça, donc j'ai mis de la colle en attendant quoi ... sur le cuir chevelu ... et c'était sale ... et là le stress il faut savoir le gérer quoi. Mais mine de rien ça m'a appris même si c'est dans un contexte qui n'est pas simple à gérer plus facilement mon stress car tu ne peux compter sur toi à ce moment-là. A part avec l'aide-soignant qui va aussi t'être d'une grande aide en prenant la tension par exemple. Et dans ces cas-là, il faut que les soignants avec qui tu es, ils soient réactifs directement sinon ça ne fonctionne pas ...

E : D'ailleurs, *penses tu que ton attitude ou ta manière d'être durant ces soins invasifs impactent le ressenti des patients face à ces douleurs induites ?*

IDE 1 : Ça c'est sûr, si ton patient sent quelqu'un qui doute, qui est stressé, qui s'agite, qui court dans tous les sens, le patient il se dit "mais ça va pas, comment je vais être pris en charge ?". Ça ramène un stress méga important, donc oui oui, l'attitude à un rôle super important dans le fait qu'il soit douloureux et qu'il soit stressé par rapport au fait que tu lui fasses un geste un peu invasif et douloureux ... C'est déterminant pour moi dans la prise en charge, même si tes émotions ne se gèrent pas facilement et que tu ne peux pas les contrôler tout le temps. Mais si ... si l'attitude joue énormément, dans la prise en soin à ce moment là quoi. Ça lui amène une régulation de la tension, une détente la plus optimale à ce moment-là et si ton ton de voix est calme, qu'il sent que tu gères, que tu es organisé dans ta tête et que tu sais ce qu'il faut faire ... oui oui ... ça joue vachement ...

E : Et alors *maintenant, quelle place accordes-tu à la relation soignant/soigné lors de ces situations d'urgence ?*

IDE 1 : Elle est primordiale... primordiale... comme je te disais c'est ... tu te mets dans une sorte de bulle avec le soigné ... pour le rassurer, pour le guider, pour lui expliquer ce que tu vas lui faire. Même moi tu vois, même si le soin il va être douloureux, je vais prévenir "là tu vas ressentir du froid, là ça va être douloureux, mais je suis là, je suis à côté". C'est vraiment cette sorte de bulle en fait, la personne se sent en sécurité à ce moment-là, c'est primordial. Même une main sur le bras, des gestes pas toujours physiques mais une réassurance verbale qui fait que la personne arrive à se détendre un maximum ...

E : C'est beau ! *rires*

IDE 1 : Ahah mais c'est vraiment primordial !

E : Et avec l'expérience, dirais-tu que ta manière d'appréhender les situations d'urgence a évolué et à quels niveaux ?

IDE 1 : Ah oui, c'est sûr ! C'est sûr, c'est sûr ! Après en pédopsychiatrie j'avais des situations d'urgence mais au niveau de la violence particulièrement, c'était pas des urgences vitales pour le coup. Quoi que parfois, ça pouvait l'être car ce sont des enfants qui pouvaient se "fracasser" la tête contre les murs quand même. Donc oui tu apprends ... après ça dépend de comment tu es à la base. Si tu es quelqu'un de stressé, angoissé, si tu doutes de toi même ... Et finalement oui oui, ça te permet de l'exercer, en formation on le voit mais pas forcément toujours poussé. D'autant plus que moi je n'ai pas fait des stages en urgence ou en réa ... où j'ai été confrontée à ça quoi. Donc, si ça évolue en terme d'émotions, en terme d'organisation psychique, comment je me positionne... Parce qu'à la base je n'étais pas quelqu'un qui m'imposait aussi auprès d'une équipe ... Et à la MAS, finalement tu es l'infirmier et c'est à toi de gérer et c'est sur toi que ça repose donc tu n'as pas le choix un moment donné de te mettre à cette place là de leader et ... de t'organiser mieux ... Mais c'est sûr que ça joue ... parce que tes émotions tu arrives aussi à les refouler à ce moment-là et à te dire "ok, là je suis sur l'instant T, qu'est ce que je fais " et après on débriefe. Et j'étais pas comme ça au début, j'avais besoin d'évacuer directement et ... c'est pas possible dans ces moments là quoi. Parce qu'il ne faut pas laisser ... si pour moi dans le soin tu as forcément des émotions qui sont présentes avec le patient. C'est sûr que tu lui renvoies quelque chose au niveau émotionnel mais tes émotions "désagréables", de stress, etc ... tu les mets de côté. C'est sûr, tu essaies de faire ressortir les émotions positives à ce moment-là pour le rassurer, mais forcément il y a une émotion qui est présente ! Bien sûr !

E : Ahlala les émotions ... *rires* Et attends, j'ai une question supplémentaire : tu as ressenti une différence entre quand tu as eu ta première situation d'urgence à la MAS, tu l'as vécue comment ?

IDE 1 : J'étais méga stressée, méga angoissée, et puis ... je sais qu'on en avait parlé avec les IDE en amont et ils disaient ... "Ici c'est la galère clairement, tu dois chercher ton sac, tu appelles un collègue, machin". Et je m'étais dit "mais si ça m'arrive, c'est terrible quoi parce que je sais que je suis stressée et que ça ne va pas le faire, que j'ai deux maisons les plus éloignées, comment je vais m'en sortir ?". Donc je sais avant ça que je l'ai anticipée déjà, en me disant "si ça m'arrive, ça va être la panique totale". Et ... ça a été un peu la panique au début et après je me suis rapidement remis dedans en me disant que je n'avais pas le choix et que je devais gérer le patient et que c'était la priorité et qu'il faut que je l'aide à ce moment-là. Après il y a des degrés quoi ... une crise d'épilepsie où tu injectes le buccolam c'est pas stressant, c'est juste mettre une seringue dans la bouche. Ce n'est pas pareil que de faire un massage ou l'aspirer parce qu'il est en train de s'étouffer. Il y a vraiment des degrés aussi de situation qui fait que tu as une angoisse plus importante parce que ça n'a pas le même impact quoi derrière ... finalement je trouve... Et en plus, ma première situation d'urgence c'était l'arrêt ..

E : Ah oui quand même !

IDE 1 : Ouais, et première fois que je gère un arrêt parce que dans mon cursus je n'ai jamais été confrontée à cette urgence ... Je sais que dans d'autres situations je suis plus à l'aise honnêtement. Par exemple où tu as de la violence, des choses comme ça, où il n'y a pas de risque vital, il y a un risque pour l'enfant ou pour le soignant, pour les autres, les autres personnes autour mais du coup je dois faire une contenance physique ou quelque chose et le soin est moins ... C'est plus un soin de réassurance et de sécurité que la première fois que j'ai fait l'arrêt ... je me suis dit "je n'ai pas le choix, go", donc ton cerveau il se règle et il te dit "là il faut que tu gères, il n'y a que toi".

E : Et en plus, après tu as enchaîné sur la deuxième quoi !

IDE 1 : Et après ouais, j'ai dû enchaîner ! Et là ton cerveau ... c'est pour ça qu'on disait juste avant "il faut évacuer" parce que du coup ton cerveau a une charge mentale énorme à ce moment-là et donc plein d'émotions pas forcément très agréables qu'il faut évacuer derrière quoi ! Donc, ouais ouais ouais ... ça a vachement changé ma vision, même si je te dirais pas que je suis hyper à l'aise parce que tu n'es jamais ... Ça dépend du patient, ça dépend de plein de choses ... Tu n'es jamais, jamais super à l'aise à part si tu le fais tous les jours dans des services particuliers aussi, où là ton geste est assimilé ...

E : Tu apprends sur le tas quoi ?

IDE 1 : Ah oui c'est ça, clairement, je trouve qu'en formation à part si tu fais des stages réa, urgence, ou voilà des choses bien spécifiques, tu "maîtrises". Et quand tu passes d'étudiant à infirmier pro, ce n'est pas la même chose. Parce que quand tu es étudiant tu as toujours cette sécurité de te dire "ok il est là si j'arrive pas, que là tu es tout seul". Donc tu es obligé de te mettre focus dans ton truc...

E : La petite pression en fin d'études !!

rires

IDE 1 : Noooooon, nan surtout pas ahah, mais c'est la réalité aussi !

E : Ah ça, je veux bien le croire !

rires

IDE 1 : Au début de mon poste en pédo, j'étais assez "effacée", parce qu'il y a des gens qui sont là depuis longtemps qui ont un âge différent du tiens et tout. Donc tu te dis que tu n'es pas "légitime" d'être là et que "j'ai pas le droit de me positionner comme ça". Mais en fait, si, parce que "si tu as ta place ici c'est aussi que tu la mérites et c'est que tu es légitime" donc un moment donné, si tu dois te positionner comme ci ou comme ça tu le feras.

E : Avec un temps d'adaptation sûrement !?

IDE 1 : Ah oui, moi j'ai mis 6 mois-1 an à me dire "ok là tu peux te permettre" parce qu'aussi on te donne cette place là ! On te demande ton avis "toi tu ferais comment ?", etc ... Alors qu'au début tu n'oses pas donner ton avis, parce que tu te dis que tu viens de commencer alors que si !

E : On verra sur le terrain !*rires* Et, *peux tu me raconter une situation d'urgence dans laquelle tu as eu la sensation d'accompagner au mieux le patient ?*

IDE 1 : ... Alors ... j'ai une situation en pédopsychiatrie ... ce n'est pas une urgence vitale mais c'est une urgence quand même, ça le fait ?

E : Ah oui très bien, avec des douleurs induites ?

IDE 1 : Oui, oui !

E : Parfait, je t'écoute !!

rires

IDE 1 : Alors ... il y en a eu plein ... laquelle je peux te raconter ... je peux t'en raconter une qui m'a beaucoup marquée sur mon poste à Paris ! Alors la situation d'urgence, c'était ... donc c'était une jeune qui s'appelle I*, dans mon travail qui a 8-9 ans qui vient pour crise élastique ... agitations psychomotrices avec hétéroagressivité à domicile sur la maman particulièrement. Et sur le service, rapidement elle s'est fixée sur les soignants et moi j'étais l'une d'entre elle ou parfois elle s'écrivait mon nom sur ses bras et tout ça ... donc ça devenait quelque chose d'assez puissant quoi ... Elle avait un fonctionnement où elle testait ses limites tout le temps et elle attendait de voir qu'elle était ta réaction pour la sécuriser parce qu'au domicile elle frappait sa maman. Mais sa maman était tellement dépourvue de solution qu'elle se laissait frapper et que l'enfant ne comprenait pas ce qu'il se passait pour elle et elle ne revenait pas sur la situation avec sa mère quoi. Elle, pendant une semaine, elle m'a frappée tous les jours et ... il y a un soir où je l'entends hurler mon nom dans le service et je me suis dit "là, tu n'as pas le choix il faut que tu y ailles". Et, les jours d'avant elle m'avait dit "si à chaque fois je suis agitée avec toi c'est que je sais que tu peux me sécuriser et du coup j'attends que tu arrives pour dégager mes émotions et mon agressivité." Là, donc je l'entends m'attendre en hurlant mon prénom dans le service, le truc où tu te dis "ça va être la panique quoi ..", je me souviens que je suis arrivée avec une grande couverture pour essayer de me protéger parce qu'elle donnait des coups assez

violents sur l'Autre. Je sais que rapidement ... et ça je l'ai appris en formation en pédopsychiatrie, j'ai appris la formation "Snoezelen" et relaxation. Dans la relaxation, il y avait les situations d'urgence ... dans un truc de cocooning et rapidement gérer la situation et ça, ça m'a pas mal aidée parce que ... et j'avais la MAS avec qui j'ai aussi pu le faire ... Là, je suis venue vers elle et je l'ai enveloppée dans la couverture donc elle était complètement serrée dans le drap. Ce qui lui a permis rapidement, honnêtement de se récupérer au niveau physique et du coup psychique parce que les tensions se sont apaisées assez vite, toujours avec une guidance verbale, à dire que je suis là et que je la lâcherais pas. Ça, ça m'a vraiment marquée, parce que j'ai eu un moment de stress énorme en me disant "faut que j'y aille, soit je me prends des coups mais dans tous les cas, va falloir y aller" et le fait de l'avoir maîtrisé rapidement et de l'avoir enveloppée et que ... effectivement elle tente de frapper, etc ... après, ou mordre, etc ... Je l'ai sécurisée rapidement et après je pouvais dégager du temps pour lui faire des pressions, des choses comme ça pour la réguler niveau tension ... Ça m'a vachement marquée, parce que finalement j'appréhendais ce moment-là, puisque que c'était quelque chose qui arrivait tous les jours. Tous les jours où j'avais un coup où j'avais des insultes, de l'agressivité et à partir de ce moment-là ça s'est arrêté avec moi. Je lui ai dit "arrête, on peut passer des moments qui sont chouettes en dehors de situation de violence, ce n'est pas parce que tu as besoin de moi à l'instant T que je dois être là et il n'y a pas que toi ... et voilà quoi"

E : Ah oui, c'est compliqué !

IDE 1 : Ouais, et ça m'a marquée parce que tu vois que la personne, en plus c'est une enfant donc c'est différent mais l'enfant est dans une situation de souffrance et de mal être qui a besoin d'exprimer et qu'il n'arrive pas à exprimer en dehors de la violence quoi ... Et tu te rends compte que finalement elle est dans le test des limites tout le temps ... Et qu'à la maison elle teste les limites pour que sa mère la sécurise mais en fait un moment donné, elle n'a plus la force, ni l'énergie et il y a de la peur aussi. Parce qu'honnêtement elle faisait 1 mètre 40 mais je peux te dire que quand elle était agitée, elle envoyait quoi ... Elle avait frappé dans l'unité d'autres collègues, je me souviens de m'être retrouvée avec une collègue un week-end, c'était violent de chez violent et justement il y a un moment où je descends dans l'unité et ma collègue qui me dit les larmes aux yeux "là c'est la merde". Puis, il y avait une autre collègue qui avait peur de l'enfant et était partie faire autre chose pour éviter ça ... Et je vois l'enfant qui m'attend au bout du couloir, comme si elle s'était transformée quoi ... Elle m'attend au bout du couloir et là pareil j'arrive avec la couverture je la contentionne rapidement et TAC je me mets derrière elle, elle ne pouvait plus rien faire et dans ces cas là c'est ... Et j'ai déjà essayé, moi, de me faire contentionner comme ça pour voir ce qu'elle ressent et c'est terrible. Ça t'opresse au début et après ça ne relâche pas. Pour en revenir à l'enfant, je sais que ma collègue est arrivée à ce moment-là et s'est pris deux énormes coups de pieds en plein visage. Je lui ai dit de se décaler mais c'était trop tard. Tu sentais qu'elle avait les larmes qui coulaient parce que ça fais super mal et moi je pouvais pas la lâcher pour l'aider, on a attendu de l'aide en tirant sur le PTI et les minutes sont longues... 5 bonnes minutes je dirais ... c'est méga long ... Après on l'a mis dans la chambre d'isolement et là elle ne se calmait pas, malgré que nos collègues la maintiennent. On a dû lui faire une injection intra-musculaire pour la calmer, je lui ai fait et là pour la douleur induite sur le coup j'y pense pas, je le fais car là la situation prend une trop grosse ampleur et on arrive pas à la calmer de manière "douce". C'est après que tu y penses à la douleur induite, mais en faisant les bénéfiques risques après coup tu te dis que tu as fait tout ce que tu pouvais avant d'en arriver là mais qu'il était nécessaire déjà une pour elle qu'elle ne se mette pas en danger mais aussi pour nous les soignants. Puis après, on a dû la contentionner car c'était trop violent ... Et là, c'est pareil, un soin violent tu vois, un soin d'urgence mais violent ... la contention chez l'enfant ... C'est une douleur induite aussi car d'être attaché c'est violent ... mais c'est un soin hyper violent pour le soignant

comme pour le soigné. Et là c'est pareil tes émotions, faut que tu les gardes de côté, parce que si tu fais une pause sur la situation "ok, c'est une enfant de 9 ans qui vient de frapper tout le monde, mais qui est attachée dans une chambre toute seule ayant subi une injection pour la calmer". C'est horrible, à ce moment là tu te dis "c'est hyper violent en fait" et tu as toujours un moment où ça redescend parce que l'adrénaline elle a été là tu vois, et c'est trop bizarre... Mais à la fois tu sais que ça l'aide ... que c'est un vrai soin ... c'est bizarre en soit de se dire ça ... Donc ça, ça m'a vachement marquée et du coup je me dis un truc important quand même dans ce ... Là si on parle d'urgence de manière générale c'est de faire des formations. Franchement si tu peux faire des formations régulièrement, faut les faire... Que ce soit sur les techniques d'urgence ou spécialisé dans le service que tu fais ou des techniques de médiations à côté que tu peux utiliser partout comme la relaxation. Là tu peux l'utiliser, des massages des trucs comme ça. Je me suis aussi tentée à faire une formation hypnose ... Tu le plonges sous hypnose tu fais ton soin en même temps, et hop la personne ne ressent pas le geste invasif qui pourrait être méga stressant ! Je pense que c'est important et sur lequel il faut s'intéresser et en plus ce sont des techniques de plus en plus utilisées et qui sont hyper bien et intéressantes. Comme, je sais pas si tu as vu, une chirurgienne qui chante avant les opérations ... ou de mettre les personnes sous hypnose au lieu de l'endormir et d'avoir une anesthésie générale, il est juste endormi sous hypnose et tu peux lui faire des opérations qui sont hyper critiques, c'est fou ... ça limite les gestes avec un risque pour la santé et pour ... C'est fou !

E : Wouah ! *Après tout ça, aurais tu quelque chose à rajouter ?*

IDE 1 : ... J'espère que j'ai bien répondu à tes questions et que je n'ai pas oublié certaines choses !

rires

E : Je vais avoir de la matière à analyser, encore merci !!

IDE 1 : En tout cas, par rapport à toi, je croise les doigts et je sais que tu vas être capable de réussir ce mémoire ! Je pense que tu es quand même quelqu'un qui peut rapidement perdre confiance et se mettre une boule de stress alors que tu as largement les capacités, moi qui t'es eue en tant qu'étudiante même si j'étais pas ... Et ça je le retiens parce que je n'étais pas dans un mood super chouette, mais je sais que tu m'as aidée à ce moment là à me dire "ok là de toute façon, c'est pareil, il faut que tu te remettes dans ton soin parce que tu as une étudiante à charge et qu'il faut que tu montres que tu sais faire et ce que tu dois lui apprendre, etc ..."

E : Merci beaucoup pour tes jolis mots et surtout merci d'avoir pris le temps de répondre à cet entretien !

IDE 1 : Merci à toi, et c'est un thème très intéressant !"

Annexe III : Second entretien infirmier

Emma : “Bonjour, alors je me présente, je m’appelle Emma, je suis étudiante en troisième année de sciences infirmières à l’IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre de mon mémoire d’initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaite t’interroger sur le thème des douleurs et des situations d’urgence. Cet entretien restera anonyme et petite question : acceptes-tu d’être enregistrée ?

IDE 2 : Oui bien sûr !

E : Super, alors est ce que tu peux d’abord me *parler de ton parcours professionnel s’il te plaît* ?

IDE 2 : Oui, alors ... je suis diplômée de l’école de Saint Briec. Ensuite, je suis arrivée à l’hôpital en juillet 2018, j’ai commencé par un peu de chirurgie digestive puis j’ai fait un mois de chirurgie ORL. Après, j’ai fait des petits remplacements par çà par là, à l’EHPAD des choses comme ça. Ensuite, j’ai fait de la réa CTCV mais je n’ai fait qu’une semaine parce qu’en fait il y avait une fille qui était sur le pool cardio-pneumo vasculaire qui avait un projet réa. Donc, ils m’ont demandé si je voulais bien basculer plutôt sur le pool cardio-pneumo vasculaire et j’ai accepté. Donc j’ai fait qu’une semaine de réa mais j’ai été doublée pendant cette semaine là et ... je suis arrivée sur le pool cardio-pneumo vasculaire et j’ai tourné pendant 2 ans et demi et là ça fait un peu plus d’un an que je suis en médecine cardio.

E : Ok super, alors commençons dans le vif du sujet : *quels sont les types d’urgence rencontrés au sein de cette unité* ? La dernière que tu m’as citée en l’occurrence.

IDE 2 : Ouais, la dernière qu’on a eu ?

E : Non, attends je vais reformuler, en gros dans l’unité actuelle, donc en médecine cardio, quels sont les types d’urgence que tu peux rencontrer ?

IDE 2 : On a beaucoup d’arrêt cardio, ... après voilà on peut avoir aussi des malaises, des chutes, mais après c’est vrai ce qu’on a le plus ce sont les arrêts cardiaques...

E : Je m’en rappelle encore !

rires

IDE 2 : Surtout qu’on en avait eu pas mal pendant ton stage ...

E : C’est vrai ! Alors maintenant, *comment caractérises-tu ou qualifies-tu ces situations d’urgence* ?

IDE 2 : Hum... c’est-à-dire ? Comment ?

E : ... Tu m’as dit plusieurs types d’urgence mais elles ont pas forcément la même “qualification” ?

IDE 2 : Les qualifier ? Ça veut dire ... Ah ! ... pour moi les arrêts ce sont des urgences vitales, et les chutes plutôt relatives pour le coup.

E : Et quelles sont *tes priorités dans ces situations d'urgence* ?

IDE 2 : Alors... la priorité c'est de récupérer le patient, voilà qu'il puisse, qu'il puisse vivre quoi ... Et après la priorité c'est que tout se passe pour le mieux. Après ce n'est jamais ... on a toujours des situations à critiquer. Je veux dire qu'après une situation on a toujours un regard critique parce qu'on pense qu'on aurait peut-être pu mieux faire. Après voilà, l'essentiel c'est que le patient, il s'en soit sorti ... ou alors ou pas mais qu'on ait pu le soulager ... voilà qu'il parte sans souffrance.

E : Très bien. Maintenant, on va plus parler des émotions : *quelles émotions ressens-tu lorsque tu as à réaliser des gestes invasifs au patient lors d'une situation d'urgence* ?

IDE 2 : *rires* Alors que c'est vrai que sur le moment ... j'y pense pas forcément ... dans le coup de l'adrénaline et tout ça ... Je ne pense pas vraiment aux émotions ... je fais le truc et après sur le moment je ne pense pas si je fais mal ou pas. Mais après des fois, ça peut arriver de le sentir qu'on fasse mal. Par exemple, quand on masse pendant un arrêt et qu'on casse des côtes ça ce sont des choses qui s'entendent ... et c'est vrai que c'est pas agréable du tout mais voilà. Après peut-être qu'en se rassurant aussi comme ça mais on se dit toujours "bon c'est minime à ce qu'on est en train de faire pour qu'il puisse vivre" ... Mais après oui c'est sûr que ... c'est délicat des fois. On se demande si on fait mal ou pas quoi ... Et les patients ne peuvent pas forcément nous répondre alors que voilà on sait pas s'ils ont mal ou pas alors que d'autres soins ils vont pouvoir nous dire, par exemple pour une pose de perfusion, un gaz du sang ... si on fait mal ils sont en capacité de nous répondre et de nous dire qu'ils ont mal.

E : Et tes émotions pendant un geste invasif ?

IDE 2 : Alors mes émotions ... ça fait pas toujours plaisir quoi de faire mal mais après voilà quoi. Je me dis que c'est quand même pour le bien du patient finalement, le derrière. Mais après c'est sûr qu'on est pas contents de faire mal. Mes émotions ... je ne sais pas ... sur le coup je n'ai pas forcément d'émotions quoi à part ... "mince".. mais on continue quand même... Généralement, elles arrivent après mais sur le coup non !

E : Ok, merci ! *Et comment gères tu la pression temporelle lorsque tu as à réaliser des gestes invasifs alors que tu es dans une situation d'urgence* ?

IDE 2 : Ouais ... après la pression temporelle ... on a envie que ça se passe au plus vite et qu'on le récupère au plus vite ... Après en général, la pression temporelle ... je pense qu'en fait ça s'arrête quoi autour de nous ... On a plus vraiment notion quand même du temps ... de combien de temps ça dure, après si quand ça commence à durer un petit peu trop longtemps ... on en a un peu marre et on a envie qu'il y ait une décision de prise quoi ... Est ce qu'on stoppe ? on continue ? mais après voilà je trouve que j'ai pas vraiment eu de pression temporelle quoi car je fais au mieux et puis ... Voilà ...

E : Tu as l'impression d'être dans une bulle si je comprends bien ?

IDE 2 : Oui voilà, c'est exactement ça ! On est dans notre bulle à ce moment-là, le temps s'arrête un peu finalement ! On pense plus qu'à ça et à rien d'autre. Alors que des fois on va faire un autre soin chez un patient ... on pense des fois à ce qu'on a à faire chez le patient suivant quoi ... Alors que dans une telle situation pas du tout !

E : Ok, très bien ! *rires* *Que mets-tu en œuvre pour tenter de limiter la douleur induite par ces gestes invasifs réalisés lors de situation d'urgence ?*

IDE 2 : ... En fait on prend toujours en compte le patient ... si c'est pas une urgence vitale par exemple on prend toujours en compte ... en considérant le patient comme si c'était nous donc on fait au mieux quoi. On essaie d'être doux, d'être délicat même s'il faut aller vite et surtout on essaie de s'organiser en équipe pour les bons gestes en terme d'ergonomie en fait. Pour que tout se passe bien et c'est aussi pour que ça se passe bien pour nous et pour les patients aussi ! Par exemple, ce matin encore on a eu le cas d'une chute. Voilà, on s'est tous mis d'accord en même temps pour d'abord le mettre en position assise puis après voilà ... Le fait de bien communiquer aussi avec les autres soignants. Je porte vachement d'importance à ça, de dire ce qu'on va faire quoi. Par exemple, "on va vous relever, donc on vous met d'abord en position assise, puis après on va vous aider à vous mettre debout et on va vous rallonger". Voilà, c'est aussi de les rassurer, de les prévenir de ce qu'on va faire et ça permet de les inclure dans le soin, même si pour eux ils sont un peu déboussolés ...

E : C'est vrai qu'il y a cette notion aussi ! Ok super ! Selon toi, *quels sont les facteurs qui influencent les douleurs induites lors des situations d'urgence ?*

IDE 2 : Alors ... qu'est ce qui influence ... ben je pense la précipitation... la précipitation ... le stress, la pression des médecins aussi ... Parce que des fois on nous demande plein de choses à la fois et ... et du coup on écoute ce qu'on nous prescrit mais en même temps il y a le patient donc ... comme on veut faire vite et on délaisse complètement le confort quoi ... quand tu arrives dans les soins d'urgence ... c'est pas la chose à laquelle on pense le plus ... Ouais je dirais le stress, la pression et puis bon l'urgence quoi de faire vite ... ouais ...

E : D'accord, *de quoi aurais-tu besoin pour davantage prévenir ces douleurs induites en situation d'urgence ?*

IDE 2 : Bah peut-être une formation ... parce qu'on a les formations douleurs par exemple, on a les formations soins d'urgence mais c'est vrai qu'on m'a jamais parlé ... On m'a jamais parlé de douleurs pendant les soins d'urgence, tu vois. C'est pas un truc ... forcément nous on y pense parce que ... on est auprès du patient mais c'est vrai qu'on a jamais accès ... on a pas eu de formation là-dessus quoi en fait... Donc c'est vrai que je pense qu'une formation serait bien pour relier les deux : la douleur avec les soins d'urgence et pas que les soins d'urgence et que la douleur ! Et c'est vrai que souvent on parle jamais ... ou en tout cas rarement je dirais de douleurs pendant les soins d'urgence ... Tout ce qui est à côté : d'accord les autres soins et tout mais vraiment prendre en compte la douleur du patient ... mais c'est vrai que pendant les urgences vitales je pense qu'on est beaucoup à pas forcément y penser, à oublier de prendre en charge la douleur... donc oui ça serait bien d'avoir une formation là-dessus !

E : Ok, et penses-tu que *ton attitude ou ta manière d'être durant ces soins invasifs impactent le ressenti des patients face à ces douleurs induites ? Et à quels niveaux ?*

IDE 2 : Ouais je pense ... en fait si nous déjà le patient il ressent qu'on est ... stressé, pressé, qu'on ne parle pas... en fait s'il a mal bah il va avoir encore plus mal... Après moi j'accorde beaucoup d'importance à la communication et j'essaie de le faire un maximum, après c'est quelque chose que j'aime bien aussi mais ouais je pense que ça peut vraiment influencer la douleur. Si on est face à quelqu'un qui ne parle pas, en fait il faut essayer de les rassurer quoi, c'est vrai que ... moi je leur dis

souvent d'inspirer, de souffler, de faire un travail sur la respiration déjà. Et pourquoi pas de le faire avec eux aussi ça peut être pas mal comme ça ils se concentrent sur quelque chose en fait et du coup peut-être limiter un peu la douleur !

E : *Chouette, et alors quelle place accordes-tu à la relation soignant-soigné lors de ces situations d'urgence ?*

IDE 2 : Une grande importance ... je pense que déjà il faut toujours créer une relation de confiance avec tes patients en fait ... après voilà il faut trouver les petites perches que les patients nous tendent mais ... c'est tout bête mais souvent je leur demande où ils habitent, s'ils ont des enfants, des animaux des choses comme ça et après ils nous tendent des petites perches et on peut aller parler de ça... Après moi j'ai fait la formation communication thérapeutique et on a appris un petit peu à mettre les patients dans un milieu qu'ils aiment ... Alors, souvent je leur demande "où vous aimez être ?" et par exemple s'il me répond "dans mon jardin !", et "qu'est ce que vous faites dans votre jardin ?, qu'est ce qu'il y a dans votre jardin ?" et il répond "bah il y a des légumes !", "d'accord et c'est quoi comme légumes ? qu'est ce que ça sent ? qu'est ce que vous ressentez ? est ce qu'il y a le vent qui passe ?". En fait, ce sont des choses qu'on utilise pour essayer de les ... qu'ils s'évadent quoi ... mais après la limite est que ça tu l'utilises dans les soins par exemple de pansement, des perfusions etc .. c'est vrai que dans les soins d'urgence tu n'as pas le temps de demander s'il jardine ou quoi ...

E : Il y a peut-être plus urgent quoi !

IDE 2 : Oui voilà !

E : Mais après ça peut quand même t'aider ?

IDE 2 : Oui mais je me vois mal lui dire qu'il est dans son jardin alors que je suis en train de le masser ou de le lever de sa chute ... Mais c'est vrai que ça dépend de l'urgence aussi, là dessus je pense pas le faire ou alors c'est pas forcément nécessaire à ce moment là quoi !

E : *Et, avec l'expérience, dis-tu que ta manière d'appréhender les situations d'urgence a évolué ? Et à quels niveaux ?*

IDE 2 : Oui je pense qu'elle a évolué parce que c'est comme tout finalement, à force d'en faire et ben on devient "meilleur", à force d'avoir côtoyé différentes situations d'urgence ... Surtout que moi j'avais tourné sur le pool donc j'ai fait des soins intensifs cardio donc ... c'est vrai qu'au début on est un peu plus en retrait... On prend moins part à la situation d'urgence, on observe et après au fur et à mesure on est IDE. Puis parfois on a pas le choix donc c'est à nous de pouvoir s'initier et puis commencer à être un peu plus inclus et après c'est vrai qu'ici on est que deux IDE ... ou trois donc on a pas trop le choix non plus quoi. Mais c'est sûr que c'est avec l'expérience qu'on apprend ! Au fur et à mesure d'avoir des situations d'urgence ça permet maintenant ... je pense que je tilte plus à sortir le BAVU tout de suite si par exemple on a un arrêt ... plein de petits trucs qu'ils font que forcément oui ... on progresse !

E : Très bien ! *Et peux-tu me raconter une situation d'urgence dans laquelle tu as eu la sensation d'accompagner au mieux le patient ?*

IDE 2 : ... Alors ... au mieux le patient ... je ne sais pas trop ... au mieux le patient ... Je dirais qu'un jour on a eu un arrêt cardio, alors finalement la situation ne partait pas hyper bien parce qu'on avait dû le transférer en réa donc on était passé par les couloirs et tout ça ... il se dégradait ... et puis en fait ce patient a fait un arrêt dans l'ascenseur mais le truc que j'ai trouvé bien c'est que le patient était LATA mais en fait là il allait en réa parce que ... Certes c'était pas de choc, pas de massage mais en fait il pouvait aller en réa pour se faire dialyser. Donc là, c'était la dialyse en urgence, ça c'était ok. Mais il a fait un arrêt et en fait ce que j'ai trouvé bien de la part de l'interne ... c'est qu'on a commencé quand même les soins d'urgence mais on savait que c'était trop tard, que tout de façon on allait pas aller plus loin. Pour le coup, ce que j'ai trouvé bien c'est que l'interne a mis l'hypnovel et la morphine donc le patient a pu partir quand même sereinement quoi ... on se n'est pas acharnés envers lui... Après je ne sais pas si le patient a souffert, on ne sera jamais mais moi j'ai eu cette impression qu'on a accompagné le patient, qu'on était avec lui, on lui parlait et puis ... voilà on a introduit des choses pour qu'il puisse partir en tranquillité. Après ça partait ... fin c'était pas super ce début de situation mais finalement je trouve que ce que l'interne avait fait c'était plutôt bien !

E : Et beh ! Dernière question et avant tout encore merci d'avoir pris le temps de répondre à cet entretien ! *As-tu quelque chose à rajouter ?*

IDE 2 : Alors quelque chose à rajouter ... non mais j'ai trouvé ça bien car ça permet de se questionner sur les soins d'urgence et la douleur en fait... ce n'est pas forcément des choses auxquelles on pense et voilà du coup je pense que ça peut faire que grandir et me faire questionner la prochaine fois que j'aurais une situation d'urgence sur ma pratique professionnelle surtout, donc c'était très intéressant !

E : Super alors tout ça, merci beaucoup !!!

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Légende : IDE 1 / IDE 2

Objectif n°1 : Connaître les deux infirmières, leurs parcours, leurs formations, leurs diplômes ...

Catégorie	IDE 1	IDE 2
Ancienneté	Diplômée depuis 2018	Diplômée depuis 2018
Parcours	J'ai débuté à Paris dans une unité de pédopsychiatrie [...] pendant 4 ans Je me suis fait muter en avril 2022 à la MAS	J'ai commencé par un peu de chirurgie digestive J'ai fait un mois de chirurgie ORL J'ai fait des petits remplacements par ci par là, à l'EHPAD J'ai fait de la réa CTCV mais [...] qu'une semaine Je suis arrivée sur le pool cardio-pneumo vasculaire [...] pendant 2 ans et demi Ça fait un peu plus d'un an que je suis en médecine cardio
Service actuel	MAS (maison d'accueil spécialisé)	Médecine cardiologique

Objectif n°2 : Préciser les situations d'urgence rencontrées au sein de l'unité

Catégorie	Thèmes	Verbatims
Urgences vitales	Arrêt cardio-respiratoire	- il a eu des arrêts cardio-respiratoires - vitale quand c'est un arrêt cardio-respiratoire - beaucoup d'arrêts cardio - arrêts ce sont des urgences vitales
	Obstruction des voies aériennes supérieures	- il y a beaucoup de risques de fausse route - Risque de fausse route aussi parce qu'en fait rapidement ça se dégrade
Urgences relatives	Malaise	- beaucoup de personnes épileptiques - crise d'épilepsie - avoir aussi des malaises
	Chute	- des chutes - les chutes plutôt relatives
	Violence	- crise clastique - agitations psychomotrices avec hétéroagressivité

Objectif n°3 : Identifier les priorités dans des situations d'urgence

Catégorie	Thèmes	Verbatims
Chercher du renfort	Solliciter des ressources humaines	- j'appelle des collègues, le SAMU, rapidement du renfort - on est des équipes assez solidaires
	Récupérer le matériel d'urgence	- à la MAS, c'est particulier, on n'a pas de sac d'urgence ... il faut qu'on aille jusqu'à l'accueil qui est assez loin
	S'organiser en équipe	- Rapidement, on arrive à s'organiser pour la gérer - C'est important de se répartir les tâches au niveau de l'équipe
L'environnement	Protéger les autres patients	- Aussi gérer les autres résidents qui sont autour et qui sont rapidement affolés
	Organiser l'espace	- Les aides-soignants dégagent un peu l'environnement - Après la priorité c'est que tout se passe pour le mieux
Soins d'urgence	Réaliser des soins techniques	- Faut gérer l'urgence en fonction de ce qu'il y a - Soit aspirer avec le matériel qu'on a, - soit commencer un massage, - soit injecter
	Surveiller le patient	- Surveiller la personne
Prendre soin du patient	Préserver le patient	- la priorité c'est de récupérer le patient - Voilà, qu'il puisse vivre ... - l'essentiel c'est que le patient, il s'en soit sorti
	Soulager le patient	- Ou alors ou pas mais qu'on ait pu le soulager ... - Voilà qu'il parte sans souffrance

Objectif n°4 : Identifier les émotions ressenties lors de la réalisation des gestes invasifs au patient lors d'une situation d'urgence

Catégorie	Thèmes	Verbatims
Absence d'émotions	Temporalité des émotions	<ul style="list-style-type: none"> - je laisse de côté mes propres émotions parce qu'à l'instant T je n'ai pas le temps de les analyser - Mes émotions je les refoule à ce moment là, je les traite à posteriori quand la situation est passée - sur le coup j'y pense pas - c'est après que tu y penses - tes émotions, faut que tu les gardes de côté - j'y pense pas forcément - je ne pense pas vraiment aux émotions ... - je n'ai pas forcément d'émotions quoi à part ... "mince".. mais on continue quand même - Généralement, elles arrivent après mais sur le coup non
Raisons d'absence d'émotions	Concentration du soignant	<ul style="list-style-type: none"> - je me concentre plus sur le geste à faire - de me concentrer au maximum
	Implication du soignant	<ul style="list-style-type: none"> - j'essaie de faire les choses bien - je fais le truc - Je me dis que c'est quand même pour le bien du patient
Si présence d'émotions	Emotions négatives	<ul style="list-style-type: none"> - je me laisserais déborder et en état de panique ou de stress et j'arriverais pas à gérer finalement une situation ... - ça peut arriver de le sentir qu'on fasse mal - c'est pas agréable du tout - ça fait pas toujours plaisir de faire mal

Objectif n°5 : Identifier les stratégies mises en oeuvre pour contenir la pression temporelle ressentie lors de la réalisation d'un geste invasif en situation d'urgence

Catégorie	Thèmes	Verbatims
Se centrer sur le patient	Récupérer le patient	- j'essaie de le récupérer au maximum et garder un contact avec lui - qu'on le récupère au plus vite
	Maintenir une communication	- je parle toujours au patient même s'il est inconscient ou conscient
Se concentrer	Abstraction des événements en périphérie	- ça me permet de me mettre dans la bulle de ce que je suis en train de faire à l'instant T. - je pense qu'en fait ça s'arrête autour de nous - pas vraiment notion quand même de temps - On est dans notre bulle à ce moment-là, - le temps s'arrête un peu finalement
	Se focaliser sur la situation	- je suis focus sur ce que je fais - On pense plus qu'à ça et à rien d'autre
S'organiser	Prendre le leadership	- je me positionne rapidement - je prends le lead rapidement - Donc tu es aussi obligé de gérer les collègues à ce moment là en panique
	Se coordonner	- Chacun sait ce qu'il a à faire - quand ça commence à durer un petit peu trop longtemps ... on en a un peu marre et on a envie qu'il y ait une décision de prise

Objectif n°6 : Identifier les moyens mis en oeuvre ou les moyens à mettre à oeuvre pour prévenir les douleurs induits lors de situations d'urgence

Catégorie	Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims
Moyens mis en oeuvre	En lien avec le patient	Confort	- j'essaie de le mettre dans une position la plus confortable possible - ne pas le mettre au sol - sa tête avec un coussin, lui mettre une couverture - dans un état de bien être assez optimal - de le mettre dans une situation où il est plus à l'aise en terme de confort.
		Relationnel	- lui parler - je continue à lui parler - de dire ce qu'on va faire - de les rassurer, de les prévenir de ce qu'on va faire
		Inclusion dans le soin	- on prend toujours en compte le patient - ça permet de les inclure dans le soin
	En lien avec le geste	Rapidité d'exécution	- je pense que je fais le geste assez rapidement - le soin est assez rapide - Je pense que je fais assez rapidement les choses. - ils soient réactifs directement sinon ça ne fonctionne pas ... - même s'il faut aller vite
		Considérer le patient	- on fait au mieux, - on essaie d'être doux - d'être délicat
	En lien avec l'équipe		- on essaie de s'organiser en équipe - on s'est tous mis d'accord en même temps - le fait de bien communiquer aussi avec les autres soignants
	Moyens à mettre en oeuvre	Ressources logistiques	
Ressources humaines		- tu as d'autres choses à gérer - plus de collègues infirmiers pour essayer de se répartir les tâches - manque de personnels, - mais on n'est pas habilité à ça	
Adaptation		- une meilleure organisation	
Connaissance		- faire des formations - si tu peux faire des formations régulièrement, faut les faire - une formation - une formation serait bien pour relier les deux : la douleur avec les soins d'urgence et pas que les soins d'urgence et que la douleur - ça serait bien d'avoir une formation là-dessus !	

Objectif n°7 : Repérer les facteurs qui influencent l'émergence de douleurs induites lors de situations d'urgence

Catégorie	Thèmes	Verbatims
Douleur psychique	Inquiétude	- voir tout le monde s'inquiéter, - De voir aussi les gens paniquer, ça n'aide pas
	Agitation	- toute l'agitation autour - c'est l'agitation du groupe
	Emotion négative	- il peut y avoir une montée de stress - le stress
Facteurs	Temporel	- la précipitation ... - on veut faire vite - l'urgence de faire vite ...
	Pression	- la pression des médecins aussi ... - on nous demande plein de choses à la fois - la pression
Position	Présente	- le positionnement aussi. - Comment il est positionné - si je l'ai bien positionné pour faire mon soin [...] cela joue
	Absente	- on délaisse complètement le confort ... - c'est pas la chose à laquelle on pense le plus

Objectif n°8 : Identifier l'impact de la posture de l'infirmière durant la réalisation de ces soins invasifs sur le ressenti du patient face aux douleurs induites

Catégorie	Thèmes	Verbatims
Attitude du soignant ayant un impact négatif sur le soigné	Posture professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - quelqu'un qui doute ; qui est stressé ; qui s'agite ; qui court dans tous les sens - l'attitude à un rôle super important - si l'attitude joue énormément - qu'on est stressé ; pressé ; qu'on ne parle pas...
	Gérer ses émotions	<ul style="list-style-type: none"> - même si tes émotions ne se gèrent pas facilement - tu ne peux pas les contrôler tout le temps
Attitude du soignant ayant un impact positif sur le soigné	Communication verbale	<ul style="list-style-type: none"> - le guider verbalement ; une voix assez douce ; se concentre sur la voix ; ton ton de voix est calme - pour le rassurer ; pour le guider ; pour lui expliquer ce que tu vas lui faire. - je vais prévenir - une réassurance verbale - à la communication - il faut essayer de les rassurer - il faut trouver les petites perches que les patients nous tendent - formation communication thérapeutique
	Communication non verbale	<ul style="list-style-type: none"> - une main sur le bras
	Prise en compte de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - se met dans une bulle avec moi. - tu te mets dans une sorte de bulle avec le soigné - C'est vraiment cette sorte de bulle
	Etat d'esprit lors de la situation	<ul style="list-style-type: none"> - il sent que tu gères ; que tu es organisé dans ta tête ; que tu sais ce qu'il faut faire
Relation soignant/soigné au coeur de la situation	Accompagnement mutuel	<ul style="list-style-type: none"> - de faire un travail sur la respiration - de le faire avec eux aussi - ils se concentrent sur quelque chose - créer une relation de confiance
Résultante de la relation soignant/soigné sur le ressenti du patient	Négative	<ul style="list-style-type: none"> - par le stress - Ça ramène un stress méga important - qu'il soit stressé - en fait s'il a mal, il va avoir encore plus mal...
	Positive	<ul style="list-style-type: none"> - réguler sa tension psychique - régulation de la tension - une détente la plus optimale - la personne se sent en sécurité - la personne arrive à se détendre un maximum ... - ça permet de poser un peu les choses

		<ul style="list-style-type: none"> - peut-être limiter un peu la douleur ! - mettre les patients dans un milieu qu'ils aiment ... - qu'ils s'évadent quoi ...
Place de la relation soignant-soigné		<ul style="list-style-type: none"> - elle est primordiale - c'est primordial - une grande importance ...

Objectif n°9 : Préciser l'impact sur la manière d'appréhender les situations d'urgence avec l'expérience

Catégorie	Thèmes	Verbatims
	Confirmation de l'évolution	<ul style="list-style-type: none"> - Ah oui, c'est sûr ! C'est sûr, c'est sûr ! - Oui je pense qu'elle a évolué - Mais c'est sûr que c'est avec l'expérience qu'on apprend ! - on progresse !
Être néo-infirmier	Prendre part à la situation	<ul style="list-style-type: none"> - j'étais pas comme ça au début - au début on est un peu plus en retrait ... - on prend moins part à la situation d'urgence - on observe
	Gérer ses émotions	<ul style="list-style-type: none"> - j'avais besoin d'évacuer directement
Evolution	Apprendre avec l'expérience	<ul style="list-style-type: none"> - si t'apprends - ça te permet de l'exercer - ça évolue - à force d'en faire et ben on devient "meilleur" - à force d'avoir côtoyé différentes situations d'urgence
	S'organiser	<ul style="list-style-type: none"> - en terme d'organisation psychique - je tilte plus
	Se positionner	<ul style="list-style-type: none"> - comment je me positionne
	Gérer ses émotions	<ul style="list-style-type: none"> - en terme d'émotions - tes émotions t'arrive aussi à les refouler à ce moment là - tu essaies de faire ressortir les émotions positives

Résumé et Abstract

PETIT-DAUDIN Emma

La douleur : la réduire au silence pour créer l'alliance

Abstract : Beneath the title “Pain: Silencing it to build an alliance” stand several notions : the prevention of induced pain, the caregiver-patient relationship, the therapeutic alliance. To this, I also wanted to append the specificity of “emergency situation”.

During my various internships, I faced emergency situations which required invasive gestures inducing pain to the patient. These situations particularly affected me and led me to ask myself : “To what extent nursing posture may prevent patients’ induced pain in emergency situations ?”

To address such topics, I first looked at theoretical research on the subject. Then, I conducted two interviews with nurses, one practicing in cardiology, the other in psychiatry, in order to get a better appreciation of the reality on the ground. Finally, by confronting those two sources, I managed to initiate myself into the nursing science research field and develop my own opinion on the matter.

In conclusion, this paper seeks to humbly question nursing practices towards patients during emergency situations but also assess how nursing posture may prevent induced pain in such situations.

Résumé : Sous le titre “La douleur : la réduire au silence pour créer l’alliance” évoquent plusieurs notions : la prévention de la douleur induite, la relation soignant-soigné, l’alliance thérapeutique. A cela, j’ai souhaité ajouter la notion de “situation d’urgence”. Lors de mes différents stages, j’ai pu être confrontée à rencontrer des situations d’urgence nécessitant des gestes invasifs provoquant alors des douleurs induites au soigné. Une situation m’a particulièrement interpellée, c’est pourquoi j’en suis venue à me poser la question : “Dans quelle mesure la posture infirmière impacte-t-elle la prévention des douleurs induites chez un patient lors d’une situation d’urgence ?”

Tout d’abord, j’ai commencé mon travail par des recherches théoriques sur les différentes notions évoquées précédemment. Ensuite, j’ai réalisé deux entretiens auprès d’infirmières exerçant en médecine cardiologique pour l’une et en psychiatrie pour l’autre, dans le but de connaître la réalité du terrain. Enfin, l’analyse de ces entretiens et la confrontation avec le cadre conceptuel m’a permis de développer mon travail d’initiation à la recherche en sciences infirmières et d’apporter ma réflexion personnelle.

Pour conclure, ce travail cherche à questionner les pratiques soignantes pendant la prise en soin d’un patient en situation d’urgence. Plus particulièrement, si la posture infirmière a un impact sur la prévention des douleurs induites pouvant être provoquées dans l’urgence de la situation.

Keywords : Induced pain - Nursing posture - Emergency situation - Caregiver-patient relationship - Prevention

Mots clés : Douleur induite - Posture infirmière - Situation d’urgence - Relation soignant-soigné - Prévention

Institut de Formation en Soins Infirmiers
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09
Travail écrit de fin d’études - 2020-2023