



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Le ressenti de l'infirmier face à un patient douloureux non soulagé

Formateur référent mémoire : Mélanie Nicolic-Josset

DEVIC Chloé
Formation infirmière
Promotion 2021-2024
Date: 06/05/2024



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHESION SOCIALE
File formation-certification-métier

Diplôme d'État d'Infirmier

Travaux de fin d'études : Le ressenti de l'infirmier face à un patient douloureux non soulagé

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 ».

SS

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

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

Le 01/05/2024

Identité et signature de l'étudiant : DEVIC Chloé

Fraudes aux examens :
CODE PÉNAL, 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 souhaiterais remercier les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à ma directrice de mémoire, Mélanie Nicolic-Josset pour m'avoir soutenu et accompagné durant toute la rédaction de ce travail, à sa disponibilité et ses conseils précieux, mais aussi pour sa bienveillance et pour m'avoir soutenu dans les moments difficiles.

Merci à ma référente pédagogique Murielle Lasbleiz pour son aide et son accompagnement durant toute ma formation infirmière.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour leur accompagnement durant ces 3 années de formation et pour ce qu'elle a pu m'apporter et m'enseigner. Ce travail de recherche marque la fin de mes études et le début d'une nouvelle étape de ma vie qu'est l'entrée dans la vie professionnelle.

Merci aux deux infirmiers qui se sont rendus disponibles pour répondre à mes questions lors de mes entretiens, mais aussi pour leur gentillesse et leur écoute.

Merci à mes amis rencontrés durant ces 3 belles années pour tous les moments partagés ensemble. J'espère que nous resterons en contact malgré les différents chemins que nous prendrons.

Merci à ma famille, mes amis qui ont été présents durant les moments de doute et qui m'ont soutenu durant ces années pas toujours simples. Merci à eux de m'avoir encouragé à ne pas abandonner et à persévérer sans relâche.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
I. Le cheminement vers la question de départ	8
1. Les situations d'appel et leurs questionnements	8
2. La question de départ	10
II. Cadre théorique	10
1. La douleur	10
1.1. Généralités	10
1.2. Les composantes	11
1.3. Les types de douleur	12
1.4. Traiter la douleur	13
1.4.1. Evaluer la douleur	13
1.4.2. Une approche médicamenteuse	14
1.4.3. Une approche non médicamenteuse	15
1.5. La douleur non soulagée	16
2. La posture soignante	17
2.1. L'infirmier(e)	17
2.1.1. Qui il (elle) est, qui est ce soignant?	17
2.1.2. Historique	18
2.1.3. Législation	18
2.1.4. Les compétences infirmières	19
2.1.5. Une identité professionnelle	20
2.1.6. Valeurs	20
2.1.7. Des émotions et un ressenti	21
3. La prise en soins du patient douloureux non soulagé	23
3.1. Le patient	23
3.2. La prise en soin	24
3.3. Une relation soignant/soigné	25
3.4. Le positionnement IDE qui accompagne le patient douloureux non soulagé	26
III. Dispositif méthodologique du recueil de données	26
3.1. Objectifs des entretiens	26
3.2. Choix de la population à interroger	27
3.3. Organisation des entretiens	28
3.5. Bilan du dispositif	28
IV. Analyse des entretiens	29
4.1. La douleur	29
4.2. La douleur non soulagée	30
4.3. Le prendre soin dans ce contexte de douleur	31
4.4. La posture soignante dans l'accompagnement de la douleur soulagée	32
4.5. Des notions qui apparaissent sur le terrain	33
4.6. Synthèse de l'analyse	33
V. Discussion	34

5.1. La douleur non soulagée, une notion complexe	34
5.2. Les émotions liées à la douleur non soulagée	34
5.3. Prendre soin d'un patient douloureux	35
VI. Conclusion	37
VII. Bibliographie	38
VIII. Annexes	40

SIGLIER

ASH: Agent de Service Hospitalier

EN: Echelle Numérique

EVA: Echelle Visuelle Analogique

EVS: Echelle Verbale Simple

IDE: Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MIRSI: Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PCA: Patient Controlled Analgesia (terme anglophone): analgésie contrôlée par le patient

SFAP: Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SFAR: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFETD: Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

INTRODUCTION

La rédaction de ce travail de recherche en soins infirmiers marque la fin de ma formation et permet de clôturer ces 3 années, sources d'apprentissage et d'enrichissement personnel.

Au début de ma formation, j'avais une perception bien précise du métier d'infirmière bien différente de la réalité que j'ai pu découvrir lors de mes premiers stages. Effectivement, j'étais loin d'imaginer qu'une infirmière pouvait être autant confrontée à la douleur des gens et ceci au quotidien dans l'exercice de la profession. Soulager la douleur des patients fait partie intégrante du rôle de l'infirmière mais parfois il est possible que malgré les moyens mis en œuvre, les effets escomptés ne soient pas atteints et que ceux-ci soient insuffisants.

J'ai été confrontée plusieurs fois au travers de mes stages à des situations dans lesquelles un patient était douloureux et que l'on arrivait pas à soulager. La prise en charge de la douleur est une thématique qui m'intéresse de traiter car il m'est difficile de voir les gens souffrir et dans un réel état d'inconfort. Dans ces moments-là on se sent impuissant, et aussi frustré de ne pas réussir à accomplir notre mission qu'est de soulager la douleur. Ces situations m'ont permis de me rendre compte que soulager la douleur est une priorité pour moi. En me projetant en tant que future infirmière, il s'agit de l'un de mes objectifs premiers de soulager les patients qui souffrent. J'ai à cœur de mettre en œuvre tous les moyens possibles qui seront à la hauteur de mes compétences pour assurer le confort de mes futurs patients.

C'est pourquoi j'ai décidé d'aborder à travers mon mémoire la thématique de la douleur, plus précisément la posture infirmière face à un patient douloureux que l'on arrive pas à soulager.

Je vais débiter ce travail par la présentation de mes deux situations d'appel à l'origine de l'écriture de ce travail. Elles m'ont permis de cheminer jusqu'à l'écriture de ma question de départ qui représente le fil conducteur de ma rédaction. Je continuerais avec la présentation des recherches effectuées en lien avec ma thématique. Après avoir réalisé des entretiens avec deux infirmiers en exercice, je les analyserais en mettant en corrélation leurs réponses. Finalement, je terminerai ce travail par la mise en relation de l'analyse des données, de mes recherches mais aussi de ma propre opinion autant personnelle que professionnelle sur le sujet.

I. Le cheminement vers la question de départ

1. Les situations d'appel et leurs questionnements

La première situation que je vais décrire s'est déroulée lors de mon stage de semestre 4 au sein d'une unité de médecine gériatrique. Il s'agissait d'une unité de courte durée accueillant des patients âgés présentant diverses pathologies. La situation s'est déroulée lors de ma toute première semaine de stage. Une patiente que je nommerais Mme P était hospitalisée dans ce service pour altération globale de son état général. Elle avait des plaies multiples (escarres, ulcères...) qui ne guérissaient pas et elle souffrait énormément malgré la prémédication avant les soins et les antalgiques qu'on pouvait lui administrer régulièrement. Elle avait de la morphine au quotidien en seringue électrique qui ne suffisait pas à la soulager. Plus les jours avançaient, plus il s'agissait d'une prise en charge palliative et non plus curative comme au début de son hospitalisation. Au fil des semaines, malgré le fait que cette patiente n'était pas dans mon secteur, j'écoutais les transmissions afin de savoir comment son état de santé évoluait. De jour en jour, elle se dégradait sans que l'équipe soignante puisse parvenir à faire quoi que ce soit. L'ensemble de l'équipe était démunie de voir l'état de santé de cette patiente s'altérer de cette façon sans pouvoir réussir à la soulager et à la rendre plus confortable.

Un matin, lors des transmissions, les médecins qui s'occupaient d'elle ont rapporté à l'équipe soignante l'entretien avec son fils qui avait eu lieu la veille. Le fils avait dit « c'est normal de voir ça à l'hôpital, c'est la souffrance ». Cette phrase m'a réellement interpellé car à ce moment même je me suis dit que non ce n'était pas vrai, je n'étais pas d'accord avec ça et j'ai trouvé ça dommage d'avoir pour unique vision de l'hôpital la souffrance. Le reste de l'équipe était du même avis que moi, ils étaient choqués des dires du fils. Je pense qu'un lieu tel que l'hôpital est un lieu où certes on peut être confronté à la douleur et à la souffrance des gens mais on ne peut pas dire que c'est normal de voir la souffrance car il s'agit de notre rôle de soignant de répondre à la douleur ressentie par nos patients; c'est un de nos objectifs premiers. A ce moment-là, l'ensemble de l'équipe s'est sentie démunie et impuissante face à la douleur non soulagée de cette patiente.

La deuxième situation que je vais évoquer s'est déroulée au sein d'une unité de chirurgie thoracique et cardiovasculaire au cours de ma dernière semaine de stage de semestre 5. Nous avons accueilli Mr V, un patient de 42 ans, kinésithérapeute, pratiquant le cyclisme en compétition, avec cures d'érythropoïétine à visée de performance. Il est hospitalisé dans le service pour désoblitération des vaisseaux de sa jambe droite qui sont obstrués. A la suite de l'intervention, Mr V exprime des douleurs brutales au niveau de son membre inférieur droit. De nombreux antalgiques lui sont administrés mais aucun d'entre eux ne parvient à le soulager. Il est repris au bloc à de nombreuses reprises pour désoblitération, pose de cathéter péri-nerveux, de PCA. Rien ne suffit à le rendre confortable, le patient est toujours extrêmement douloureux et son état clinique ne s'améliore pas.

Un matin, une infirmière démunie face à la situation décide d'appeler un interne spécialisé dans la chirurgie vasculaire. Lorsque celui-ci arrive dans le service, il dit à l'infirmière « C'est ici que se trouve Mr V le patient très douloureux qu'on m'a dit de passer voir? Parce que je ne l'entends pas crier ». Cette affirmation laisse d'abord l'infirmière sans voix mais celle-ci finit par lui dire qu'on ne peut pas laisser le patient inconfortable comme ça et qu'il faut agir. L'interne va donc lui rendre visite et dès la fin de l'entrevue revient voir l'IDE pour lui dire « Finalement c'est vrai qu'il à l'air de souffrir comme un porc ». Finalement, au vu des nombreuses interventions réalisées qui n'ont pas fonctionné, l'équipe soignante avait atteint ses limites au niveau de la prise en soin de Mr V et l'évolution de la situation étant peu favorable, la décision d'amputation a été exposée au patient. Le patient qui ne voulait plus ressentir cette douleur qui lui était insoutenable, finit par accepter cette intervention chirurgicale pour être enfin soulagé (cf. annexe pour version plus détaillée).

A nouveau, cette situation de soin a procuré chez moi un réel sentiment d'impuissance. Voir un patient souffrir et ne pas parvenir à le soulager est vraiment difficile à vivre, notamment en tant que soignant. Cela procure un sentiment d'échec au regard des prises en soins pouvant être perçues comme non abouties.

Ces situations ont fait émerger plusieurs questionnements qui ont remis en question ma prise en soins:

- Quel est le rôle de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur ?
- En quoi l'instauration d'une relation entre soignant et soigné impacte-elle la prise en charge de la douleur ?
- Quelles sont les limites de l'infirmière dans la prise en charge de la douleur du patient ?
- L'instauration d'une relation de confiance entre soignant et soigné permet-elle au patient de mieux verbaliser sa douleur ?
- Comment peut-on réussir à soulager un patient qui a mal lorsque l'on a déjà administré un traitement antalgique ?
- Comment impliquer le patient dans sa prise en charge de la douleur ?
- Comment prendre en charge la douleur d'un patient quand le traitement médicamenteux ne suffit plus ?
- Dans quelle mesure la relation, notamment la communication que l'IDE met en place pour évaluer un patient douloureux (de manière aiguë), permet d'évaluer de manière plus pertinente cette douleur qu'une échelle d'évaluation standardisée ?

2. La question de départ

Les différentes interrogations que j'ai que j'ai pu avoir au regard des situations que j'ai vécu ont permis d'orienter ma problématique de départ vers la suivante:

En quoi le ressenti de l'infirmier face à la douleur traitée d'un patient non soulagé peut-il avoir une influence sur la prise en soins du patient ?

II. Cadre théorique

Dans un premier temps, pour débiter ce travail, je vais exposer l'avis des auteurs afin d'apporter des ressources théoriques et permettre d'expliquer au mieux les termes évoqués à travers ma question de départ.

1. La douleur

En tant que soignant, nous sommes régulièrement confrontés à la douleur et à l'inconfort des patients. Il s'agit d'une notion complexe qui comporte plusieurs composantes et dimensions ainsi que différentes manières de la traiter.

1.1. Généralités

Dans un premier temps, il est important de définir la notion de douleur. Selon *l'International Association for the Study of Pain (IASP) 2020*, il s'agit une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. A travers son ouvrage, Marchand (1998) montre que *“La douleur est une expérience subjective faisant appel à des mécanismes et à des interprétations extrêmement différentes, qui peuvent être de nature physiologique, comme la blessure, ou encore psychologique, comme la perte d'un être cher. [...] quand nous sommes en présence d'un patient qui souffre, ces deux dimensions sont intimement liées.”* (p.15) Cette subjectivité est aussi constatée dans les différences culturelles de perception et d'expression de la douleur.

L'aspect temporel est une caractéristique à prendre en compte afin de différencier une douleur aiguë d'une douleur chronique. *“La douleur aiguë est généralement identifiée comme une douleur qui dure depuis moins de trente jours tandis qu'une douleur qui dure plus de six mois est qualifiée de douleur chronique.”*

La douleur chronique est persistante et est souvent liée à une pathologie causant une douleur récurrente. *“La douleur aiguë joue un rôle de protection et d'alarme, elle est essentielle à notre survie et nous permet de reconnaître qu'il y a un problème. Elle est directement liée à une pathologie et en*

suit l'évolution. La douleur chronique, quant à elle, n'a pas ce rôle de protection et persiste même une fois que l'événement déclencheur est résolu.”(p.25).

Il est donc essentiel de différencier ces deux types de douleurs, afin de mieux les comprendre et d'adapter la prise en soin en fonction de son caractère aigu ou chronique, mais aussi de prévenir l'installation de la douleur chronique en soulageant de manière efficace la douleur aiguë.

D'un point de vue physiologique, la douleur aiguë joue un “rôle d'alarme qui va permettre à l'organisme de réagir et de se protéger face à un stimulus mécanique, chimique ou thermique” selon l'Inserm. Il s'agit de stimulations intenses qui vont être directement transmises depuis les terminaisons nerveuses localisées au niveau de la peau, des muscles, articulations, viscères vers le cerveau. Plusieurs types de nocicepteurs spécialisés dans la transmission d'une sensation spécifique existent au sein du corps humain. Lors de leur activation, les informations reçues sont transformées en impulsions électriques par ces terminaisons nerveuses. *“Dans le cas d'une main posée par inadvertance sur une plaque brûlante, par exemple, ces impulsions naissent au niveau des nocicepteurs cutanés et se propagent le long des nerfs grâce à l'activation successive des canaux ioniques présents tout le long de ces fibres. Ces canaux constituent d'ailleurs les cibles des anesthésiques, utilisés préventivement avant la réalisation d'un geste douloureux L'information chemine ainsi via la moelle épinière, puis jusqu'au cerveau : c'est alors seulement que le signal est identifié et perçu comme étant douloureux.”* Si la douleur aiguë persiste au-delà de 3 mois, on parle ensuite de douleur chronique. Il ne s'agit alors plus d'un signal d'alarme, la douleur n'est plus un symptôme mais elle devient une maladie.

1.2. Les composantes

La douleur est dissociée en plusieurs composantes liées entre elles, représentées par le modèle de Loeser (cité par Marchand, 1998). Les quatre différentes composantes sont:

- nociceptive,
- sensori-discriminative,
- motivo-affective,
- comportementale.

Chacune des composantes peut exister indépendamment d'une autre. La composante nociceptive nécessite un certain seuil de stimulation pour provoquer de la douleur et certains éléments tels que la distraction peuvent inhiber cette perception désagréable de la douleur.

Ensuite, la composante sensori-discriminative présente quelques similarités avec la composante nociceptive. Effectivement, “le peu d'intensité de sa perception n'engendre pas de contenu émotif et il n'y a aucune atteinte physiologique puisqu'il s'agit d'un effet *nocebo*” (p.21). Bien qu'il n'y ait pas de stimulation nociceptive, il peut y avoir une sensation douloureuse. Dans la composante motivo-affective la mémoire joue un rôle. “Au souvenir d'une situation pénible, une

personne ressent de la souffrance. Il n'y a pas de nociception ou douleur, et la personne peut très bien ne pas exprimer extérieurement sa souffrance par des comportements de douleur" (p.21). Les émotions ressenties par le patient telles que le stress ont un impact néfaste sur sa perception de la douleur.

Puis, la composante comportementale se base sur l'observation, afin de reconnaître les comportements en lien avec une douleur. Cependant, "la composante comportementale à elle seule ne permet donc pas à un observateur externe d'évaluer avec certitude l'intensité de la douleur ressentie par le patient" (p.21).

Ces composantes ont également été abordées dans le cadre de l'UE 2.3 au semestre 2 et mobilisées à nouveau avec l'UE 2.11 au semestre 5 par Anaëlle Davy, une infirmière douleur du CHU de Rennes.

Quand un patient ressent une douleur, nous, soignants, pouvons nous questionner: "Qu'est ce qu'il sent? Qu'est ce qu'il fait? Qu'est ce qu'il ressent? Qu'est ce qu'il se dit?".

Afin de mieux comprendre la douleur, il est important d'en connaître les causes. Il en existe 4:

- Sensorielle: intensité, localisation, qualité ou type
- Affectivo-émotionnelle: retentissement psychologique, anxiété, dépression
- Cognitive: connaissance antérieure de la douleur, attention portée à..., suggestion, mémorisation
- Comportementale: réaction neurovégétative (pulsations, TA, sueurs, respiration); réaction verbale (gémissements); réaction motrice (position, protection zone douloureuse)

Nous constatons que de nombreux facteurs peuvent être à l'origine de douleurs et peuvent exister en association ou indépendamment les uns des autres.

1.3. Les types de douleur

Nous allons à présent nous intéresser aux 4 types de douleur existants:

- Douleur nociceptive: ce sont les plus courantes. Elles peuvent être aiguës ou chroniques. Les récepteurs périphériques sont stimulés. Les capteurs de la douleur (nocicepteurs) sont situés dans la peau, les articulations, les os, muscles, tendons, muqueuses, vaisseaux et viscères et sont connectés à des fibres nerveuses spécialisées.
- Douleur neuropathique: cette douleur correspond à une lésion du système nerveux périphérique ou central. Ce sont les nerfs eux-mêmes qui provoquent la douleur, on parle de chronicité.
- Douleur idiopathique: ce sont toutes les douleurs dont les mécanismes sont mal connus tels que les fibromyalgies par exemple

- Douleur psychogène: ces douleurs sont liées à une problématique psychologique puisqu'il n'y a pas de cause organique décelable. Elles sont générées par le psychisme et peuvent parfois avoir des répercussions physiques à ne pas négliger.

Ces 4 types de douleurs peuvent être identifiés chez la même personne.

1.4. Traiter la douleur

Soulager la douleur d'un patient nécessite de la mesurer afin de pouvoir par la suite proposer une stratégie médicamenteuse ou non adaptée à la situation de chaque individu dans le but de la soulager et ainsi de le rendre le plus confortable possible.

1.4.1. Evaluer la douleur

Afin de soulager la douleur, il est dans un premier temps nécessaire de la mesurer. Nous avons vu précédemment que notre jugement seul de soignant n'est pas fiable pour mesurer et traiter la douleur car celle-ci est subjective et propre à chacun. Les différents outils de l'évaluation de la douleur permettent d'objectiver celle-ci de manière précise. Dans l'ouvrage de Guy Marchand (1998), nous pouvons voir que "La mesure de la douleur a deux fonctions importantes: aider à diagnostiquer la cause de la douleur et suivre l'évolution de cette dernière" (p.121). Effectivement, la douleur est un des premiers symptômes visibles et constitue d'emblée une cause à explorer pour le soignant. Évaluer régulièrement la douleur permet de suivre l'évolution de celle-ci et de mesurer l'efficacité d'un traitement lorsqu'il est mis en place.

D'après la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, "*La prise en charge de la douleur repose en premier lieu sur son évaluation permettant d'identifier les facteurs somatiques, psychologiques et sociaux participant à l'expérience douloureuse. Au-delà de l'écoute, cette évaluation passe par l'utilisation d'échelles et de questionnaires validés. Les échelles d'évaluation de la douleur sont des outils pour aider à identifier, à quantifier, à qualifier ou à décrire la douleur.*"

Nous pouvons voir qu'il existe deux modes d'évaluation: l'auto-évaluation réalisée par le patient capable de décrire les caractéristiques de sa douleur ainsi que son intensité. Puis, l'hétéro-évaluation, réalisée par les soignants si le patient est dans l'incapacité de s'exprimer pour diverses raisons (handicap, âge avancé, patient inconscient, jeunes enfants...).

"L'évaluation de la douleur doit privilégier l'auto-évaluation chaque fois qu'elle est possible. Son interprétation ne peut-être qu'intra-individuelle et jamais interindividuelle. L'évaluation de la douleur doit être répétée et faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient".

Aussi, nous distinguons deux types d'échelles d'évaluation:

- Les échelles unidimensionnelles: elles permettent une estimation globale et mesurent qu'une seule dimension de la douleur (intensité)
- Les échelles pluridimensionnelles: elles apprécient quantitativement et qualitativement différents aspects de la douleur

D'abord, en tant qu'échelle d'auto-évaluation, nous pouvons retrouver:

- L'Échelle Visuelle Analogique (EVA) permettant de mesurer l'intensité de la douleur avec l'aide d'une réglette indicative.
- L'Échelle Numérique (EN) évalue la douleur en donnant "une note" entre 0 et 10.
- L'Échelle Verbale Simple (EVS) mesure l'intensité douloureuse en attribuant un adjectif à cette douleur qui sera ensuite affilié à un score.

Intéressons nous maintenant aux échelles d'hétéro-évaluation qui sont basées sur "le principe de l'observation par une tierce personne (soignant, aidant, famille) des manifestations comportementales qui sont des indicateurs de la douleur (expression faciale, mouvements corporels, cris ou pleurs, état de veille ou sommeil)". Par exemple:

- L'échelle Algoplus permet l'évaluation de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante. Le soignant observe plusieurs paramètres (le visage, le corps, les comportements...) et répond à chaque item par oui ou non.
- L'échelle EValuation ENfant DOuLeur (EVENDOL) permet l'évaluation de la douleur chez l'enfant de 0 à 7 ans". Chez l'enfant, notamment le nourrisson les échelles d'hétéro-évaluation sont largement utilisées en raison de leur incapacité à exprimer leur douleur.

Finalement, il existe aussi des outils pour diagnostiquer de façon plus spécifique certaines douleurs comme par exemple l'échelle DN4 permettant l'évaluation des douleurs neuropathiques.

Selon Marchand, (1998, p.120) "seul le patient peut mesurer sa douleur". Effectivement, il est important de prendre en compte que la douleur est une expérience subjective et personnelle.

C'est pourquoi "nous pouvons considérer un individu comme résistant à la douleur ou douillet et émettre un jugement de valeur sur sa personnalité". Nous ne pouvons pas nous fier seulement à notre jugement de soignant et certains facteurs peuvent nous influencer "le groupe d'âges, les différences de communication selon la culture et le sexe, notre propre expérience des situations douloureuses, etc".

Finalement, bien que l'évaluation soit objectivée par différentes échelles, il apparaît qu'elle peut aussi être influencée par le ressenti du soignant et par la compréhension de l'outil utilisé par le patient.

1.4.2. Une approche médicamenteuse

Pour parvenir à soulager la douleur, deux approches sont possibles: médicamenteuse et non médicamenteuse. Tout d'abord, voyons l'approche médicamenteuse. A travers l'ouvrage écrit par la SFETD, la SFAP et la SFAR, j'ai relevé qu'il existait trois paliers d'antalgiques: I, II et III classés de façon hiérarchique par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

"Le palier I comprend le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Le Néfopam se classe en palier I même si ses effets sont plus proches du palier II". Ces antalgiques sont administrés lorsque la douleur est qualifiée "de faible à modérée" et sont recommandés en première

intention. En pratique, pour le paracétamol par exemple, “chez l’adulte la posologie usuelle per os est de 3 à 4 grammes par 24 heures en respectant un intervalle de 4 à 6 heures entre chaque prise [...] le délai d’action est le plus souvent de 1 heure. La durée d’action est de 4 à 6h”(p.111).

Ensuite, “les antalgiques de palier II regroupent les opioïdes faibles dont l’effet antalgique passe par les récepteurs opioïdes pour lesquels ils ont une faible affinité. Il s’agit de la codéine, du tramadol et de la poudre d’opium”. Généralement, ils sont administrés dans un contexte de douleur aiguë et font l’objet d’une évaluation fréquente de la douleur afin d’adapter le traitement en fonction. Pour les douleurs chroniques, “la prescription peut se faire sur une courte période en cas de poussée douloureuse ou au long cours lorsque la pathologie chronique le nécessite”. (p.121).

Finalement, les antalgiques de palier III constituent les opioïdes forts et regroupent principalement la morphine et ses dérivés. En raison de leur puissance, ils constituent une surveillance accrue des effets indésirables et de l’éventuelle apparition de risques de surdosage.

1.4.3. Une approche non médicamenteuse

En parallèle, il existe aussi des moyens non médicamenteux pour soulager la douleur puisque le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. On peut d’abord retrouver les stratégies physiques:

- Le toucher: il s’agit d’un moyen de communication non-verbal, essentiel dans le soin, qui peut être un vecteur de bien-être et de prévention de la douleur chez le patient
- Les stimulations thermiques: le froid et le chaud sont des moyens axés sur la contre-stimulation avec un effet sur la circulation locale et la douleur
- La neurostimulation transcutanée: utilisation d’un courant de faible intensité au travers d’électrodes mises sur au contact de la peau

D’autre part, on retrouve aussi les méthodes psycho-corporelles ou comportementales:

- L’hypnose: “mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l’intervention d’une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l’accompagnateur.”
- La distraction: elle a pour but de centrer le patient sur autre chose que sur sa douleur. Il s’agit d’une méthode principalement utilisée chez l’enfant

Finalement, nous pouvons aussi retrouver d’autres méthodes comme:

- La musicothérapie: utilisation des éléments de la musique à visée thérapeutique. Soit le patient peut pratiquer un instrument ou alors simplement l’écouter.

La mise en place d’approches non médicamenteuses demande de faire appel aux différentes ressources à disposition et les exploiter afin de proposer des stratégies adaptées et efficaces pour soulager la douleur.

1.5. La douleur non soulagée

Afin de comprendre ce qu'est une douleur non soulagée, définissons le soulagement. D'après le Dictionnaire des Concepts en Sciences Infirmières (2018), Le Larousse définit cette notion comme "une diminution, une disparition d'un mal physique; c'est une sensation, une impression ainsi ressentie, comme un allègement d'une peine, d'une douleur morale psychologique chez une personne". Soulager une douleur fait partie du champ de compétences d'un infirmier en fonction des moyens étant à sa disposition. Le but étant d'apporter une certaine qualité de vie aux patients et « si possible tenter d'apporter des solutions à la souffrance, dans son approche globale » (p.418).

En référence à la Loi du 4 mars 2002 inscrite dans le Code de la santé publique: "Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé doivent mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort"(p.54). Effectivement, la douleur rend le patient vulnérable et au-delà de l'aspect législatif, elle porte atteinte à l'humanité et au souci de bienfaisance des soignants.

Par ailleurs, selon Nadia Péoch, la douleur et la souffrance sont deux notions intimement liées. Il arrive parfois que le soignant projette ses propres représentations de la douleur sur la personne soignée notamment par les plaintes exprimées. Chaque personne en fonction de ses représentations sociales a une vision différente du soin, de la maladie ou de la santé en général. Dans un contexte spécifique tel que l'hospitalisation, "les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées se définissent par un ensemble de cognitions descriptives (connaissance), évaluatives (valeur) et prescriptives (action) dans un champ structuré présentant une signification utile à la compréhension des situations de soins". Afin de mieux réussir à appréhender la douleur, il est nécessaire de la comprendre. Cet élément social peut avoir un impact sur les activités, les modes de vie, les projets de vie et les représentations du quotidien. Cependant, il reste difficile de mesurer de façon quantitative la douleur puisqu'il s'agit d'un phénomène personnel et subjectif. Il faut prendre en compte que "Le contexte de la relation de soin ne se limite pas à l'échange d'informations verbales ou non verbales. Il est un cadre dans lequel s'expriment des affects, des émotions, des représentations sociales avec un ancrage social et psychologique.". La personne qui souffre et qui est douloureuse est touchée de façon globale, c'est-à-dire "dans sa totalité physique, psychique et spirituelle". "Être soignant serait alors incarner le soin et se mettre en position de se laisser interpellé par l'Autre, celui qui souffre". Le bien-être du patient est le souci principal du soignant se basant sur la confiance orientée vers un but commun entre ces deux acteurs: combattre la souffrance.

La douleur ressentie et exprimée au quotidien par les patients peut impacter le vécu professionnel infirmier.. Il s'agit de voir à travers cette partie quelles sont les valeurs et compétences

qui animent cet infirmier, le prendre en soin et l'accompagnement ainsi que les conséquences que peuvent avoir le ressenti sur son exercice professionnel.

2. La posture soignante

La façon d'agir et de penser de l'infirmier est quotidiennement influencée par sa personnalité, ses représentations et son vécu. Certaines situations peuvent impacter de différentes manières l'infirmier(e) et donc sa posture professionnelle.

2.1. L'infirmier(e)

L'infirmier(e) est un Homme à part entière avec des besoins, des attentes, des devoirs et droits, des valeurs et des compétences qu'il(elle) met en œuvre quotidiennement dans l'exercice de sa profession de soignant.

2.1.1. Qui il (elle) est, qui est ce soignant?

Commençons par définir ce qu'est un infirmier. D'après l'IFSI de Vincent de Paul, *“Les infirmiers(ères) dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers(ères) interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.”*. Les infirmiers ont pour principales missions:

- évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins,
- concevoir et définir des projets de soins personnalisés,
- planifier des soins, les prodiguer et les évaluer,
- mettre en œuvre des traitements

Selon la déontologie infirmière universelle, *“l'infirmière est préparée et autorisée à s'engager dans le cadre général de l'exercice de la profession infirmière qui inclut la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins aux personnes physiquement ou mentalement malades et handicapées de tous âges, et ce dans tous les établissements communautaires et de soins de santé; à mener à bien l'enseignement des soins de santé; à participer pleinement à l'équipe de santé; à superviser et former les aides-soignantes et auxiliaires de santé; à s'engager dans la recherche.”* (p.10). L'infirmière est le pilier principal rencontré par les malades dans l'accès aux soins. Elle a pour rôle d'assurer les soins dans le respect de l'intimité du patient, de promouvoir la prévention et l'éducation à la santé et doit être à l'aise d'un point de vue relationnel. L'IDE doit aussi être capable d'affronter la souffrance et de savoir réagir à des situations pouvant s'avérer éprouvantes. (p.11). Elle a donc plusieurs rôles différents à jouer que nous développerons davantage par la suite.

2.1.2. Historique

D'une part, l'ouvrage *Le métier d'infirmière en France*, Duboys Fresney & Perrin (2017, p.9) montre que de manière historique, l'adjectif "infirmé" apparu en 1247 provient du latin "infirmus" signifiant "faible, qui manque de force, qui est atteint d'infirmité, impotent, invalide et mutilé" (Le Petit Robert, 1978).

C'est au XX^e siècle qu'apparaissent les premières écoles d'infirmières notamment grâce à Florence Nightingale. Suite à la Première Guerre mondiale, les acteurs de santé sont fortement mobilisés en raison des besoins médico-sociaux durant cette période. La profession infirmière va s'affirmer durant cette période. Léonie Chaptal, diplômée "dame infirmière surveillante" va participer activement à la création des écoles en proposant une formation plus adaptée.

En 1922, Léonie Chaptal met en place le premier diplôme d'Etat français permettant d'obtenir une reconnaissance officielle de ce métier. Progressivement, la profession prend de l'ampleur, de nombreuses écoles sont créées et ainsi de plus en plus de diplômes sont obtenus. Il s'agit aujourd'hui d'une profession très réglementée, qui joue un rôle primordial dans la prise en soins dans notre société.

2.1.3. Législation

La profession infirmière est régie par un ensemble de lois spécifiques à celle-ci. D'une part, la profession est principalement guidée par le respect du secret professionnel et de la protection de l'intégrité physique posés par le Code pénal.

Le décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique définit l'ensemble des soins infirmiers relatif aux actes professionnels réalisés par les infirmiers et à l'exercice global de la profession.

Cette profession est aussi régie par des notions déontologiques telles que la protection de la dignité et de l'intimité: "L'infirmier au service de la personne et de la santé publique exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches." (Art. R.4312-3-). L'infirmier se doit de porter assistance à la personne malade quelque soit sa situation sociale, son état de santé, ses mœurs et convictions car tout être humain mérite la même considération. L'infirmier prend en charge la personne malade en prodiguant des soins adaptés et se doit d'en assurer la continuité. Il va agir en toutes circonstances dans l'intérêt du patient et se doit de l'informer sur son état de santé dans le respect de ses compétences professionnelles (Art. R. 4312-13-). Les soins sont assurés en adéquation avec les protocoles élaborés par le médecin (Art. R.4312-43-) sauf en cas d'urgence où l'infirmier est autorisé à décider des gestes à pratiquer en attendant l'intervention du médecin. Conformément à l'Article R4312-41, "L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge".

Au fil de l'exercice de sa profession et dans un souci de qualité des soins, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences dans le but de continuer à alimenter son développement professionnel. Enfin, dans le Code de déontologie des infirmiers de 2016, la douleur est importante à prendre en compte, évaluée et traitée. "En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement". Pour prendre en compte cette douleur, l'infirmier doit disposer de compétences professionnelles.

2.1.4. Les compétences infirmières

Exercer le métier d'infirmier requiert une certaine compétence professionnelle, il s'agit même d'une obligation et constitue une des valeurs fondamentales au cœur du Code de déontologie des infirmiers et infirmières. En effet la compétence est primordiale pour un professionnel de santé, il s'agit même d'un devoir; elle est nécessaire lorsqu'il s'agit de soigner. Le dictionnaire interministériel donne la définition suivante: "La compétence résulte d'une combinaison de savoirs, savoir-faire et savoir-être mobilisés pour agir de manière adaptée, face à une situation professionnelle donnée."(p.230).

Selon Hesbeen, la compétence est relative à chaque situation professionnelle mais est déterminée avant tout par la capacité du soignant, car celui-ci est lui-même créateur de ses compétences par le biais de ses ressources. Cependant, les ressources ne suffisent pas à elles seules à constituer les compétences. Il est nécessaire dans la pratique soignante de les combiner à la situation rencontrée afin d'être compétent. D'après Le Boterf, la compétence se décline en trois axes:

- Le savoir-agir: fait appel aux connaissances, aux habiletés et aux ressources d'un professionnel
- Le pouvoir agir: relève du contexte organisationnel dans lequel il évolue et est déterminé par les moyens disponibles, la circulation de l'information et les réseaux
- Le vouloir-agir: témoigne du sens que prend l'action pour un professionnel, de l'image qu'il a de lui dans son activité, de la confiance en lui et du sentiment de reconnaissance qu'il éprouve.

Ce même auteur souligne le fait que la production de compétences ne résulte pas directement du processus de formation (p.74). Effectivement, la formation ne crée pas des compétences mais crée des acquis, des capacités et des connaissances qui doivent être transformés en compétences.

Face à un patient douloureux, des compétences spécifiques sont requises pour une prise en charge efficiente de la douleur. Selon Pascale Wanquet-Thibault, l'infirmier se doit de faire preuve d'écoute et d'observation afin de réaliser un examen clinique adapté. Un bon raisonnement clinique requiert de penser douleur, d'écouter la plainte, d'identifier les types de douleurs, les facteurs pouvant l'influencer, d'utiliser des outils d'évaluation adaptés, mais aussi de mesurer l'ensemble des paramètres (type, intensité, localisation, temporalité). L'infirmier doit maîtriser les traitements non

médicamenteux relevant du rôle infirmier autonome: massage de confort/bien-être, distraction, relaxation/détente, gestion des émotions.... Mais doit aussi maîtriser l'administration des traitements médicamenteux et assurer la prévention des douleurs liées aux soins. De par son observation, son écoute et son analyse, l'infirmier est donc en capacité de proposer des stratégies adaptées face à un patient douloureux et se doit de les réévaluer régulièrement afin de s'assurer de leur efficacité.

Si la compétence est essentielle pour prendre en compte la douleur, elle est en lien avec les notions que nous abordons maintenant.

2.1.5. Une identité professionnelle

L'identité professionnelle de l'infirmière se crée tout au long de sa formation et de ses apprentissages. Effectivement, "Les bases de la construction du savoir infirmier trouvent leur assise dans les différents programmes d'enseignement."(p.65) (Dubois Fresney & Perrin, 2017). Cet enseignement se base sur l'apport de connaissances précises permettant ainsi à l'infirmière de ne pas être limitée à une exécution de tâches uniquement matérielles. "Il s'agit de former à l'esprit de synthèse avec plusieurs centres d'intérêts: d'abord l'étude de l'homme sain, de son développement physique et psychique et de la protection de sa santé. Et ensuite l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique.". L'infirmière est considérée comme la "collaboratrice du médecin" ce qui la forme à l'évolution des sciences et techniques médicales liées au monde hospitalier. (p.67).

Selon Isabelle Bailly, il est impossible de définir de façon claire et objective l'identité infirmière puisqu'il s'agit d'une notion propre à chaque professionnel lui permettant d'évoluer et de s'épanouir dans la profession. Elle se construit à partir de la propre identité de l'individu, de ses propres valeurs et ne cesse de se développer au fil de son évolution dans la société. "L'identité individuelle infirmière renvoie au sentiment d'être en accord avec soi-même pour assumer les règles, valeurs et comportements imposés par la profession et acquis au cours de la formation" (p.20). En devenant infirmier, les valeurs intériorisées par l'individu sont mises en lien avec celles de la profession créant un sentiment de cohésion et d'appartenance à une communauté partageant les mêmes convictions. Cette identité à la fois personnelle et professionnelle résulte aussi du service dans lequel l'IDE va exercer.

"Intériorisées et reliées à des principes moraux et sociaux, les valeurs permettent aux individus de donner une signification à leurs comportements, de se considérer en accord avec ceux-ci et de se forger une identité professionnelle". Ces valeurs donnent du sens au travail réalisé par les IDE et permettent aussi l'acceptation des contraintes que peut avoir la profession.

2.1.6. Valeurs

Toujours, selon Dubois Fresney & Perrin (2017), "le fondement et le sens des soins infirmiers reposent sur des valeurs humanistes" (p.31). Ces valeurs remontent à l'Antiquité, avec Hippocrate, qui

pose les premiers principes déontologiques. Pour lui , la personne malade doit être soignée par une personne compétente dans un souci de prise en compte de l'aspect psychologique du malade tout en respectant le secret professionnel (p.31).

D'ailleurs, Wenner démontre que cette notion humaniste nécessite de placer l'homme comme centre d'intérêt, de le considérer comme une valeur en soi, inaliénable et de reconnaître sa capacité de développer des possibilités contenues en lui et dans ses facultés créatrices. Ces valeurs regroupent "les relations humaines, le respect de la personne, le respect de la vie". Elles animent quotidiennement les infirmiers et sont exprimées au regard de la personne soignée. Le respect de la dignité fait également partie de ces valeurs. D'après la déontologie infirmière universelle: "le corps est indissociable de l'esprit, et le sujet est indissociable de l'humanité" (p.52). Les infirmiers prodiguent des soins dans un souci de respect du consentement du patient. Il s'agit d'une démarche d'attention. Le patient ne doit pas subir les thérapeutiques qu'on lui propose mais doit en bénéficier sans se sentir imposé dans sa décision afin de respecter ses choix et sa liberté. Le recueil du consentement du patient s'inscrit dans une réelle démarche d'engagement pour l'infirmier.

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les valeurs infirmières sont issues de l'histoire et de la culture et vont donner un sens commun à la profession. "Ces valeurs fondamentales reflètent les principes qui guident les actions des infirmières dans l'exercice de la profession. Toutes les infirmières et tous les infirmiers adhèrent à ces valeurs et s'engagent à préserver l'image et la crédibilité de la profession". L'intégrité fait référence à l'honnêteté et à la franchise en prenant en compte toutes les dimensions de l'exercice de la profession. L'autonomie professionnelle prend en compte l'aptitude à prendre des décisions dans l'intérêt du patient pris en soin de façon objective et indépendante en faisant appel à sa compétence professionnelle. Elle se reflète par la capacité à réaliser des actions de façon habile à l'aide de ses connaissances et de son savoir-faire dans le respect des bonnes pratiques et en étant informé des limites d'exercice de la profession. Les soins sont réalisés dans un contexte de collaboration professionnelle qui consiste à agir en partenariat avec d'autres professionnels intervenant dans le même domaine afin d'assurer et d'optimiser la qualité des soins prodigués. Finalement, c'est aussi la générosité envers l'autre, l'empathie, la tolérance et la solidarité qui vont porter au quotidien l'infirmier dans l'exercice de sa profession.

Nous avons vu que les valeurs portent le quotidien soignant, celles-ci sont en étroite interaction avec nos émotions.

2.1.7. Des émotions et un ressenti

Commençons par définir ce qu'est une émotion. D'après le Dictionnaire des Concepts en Sciences Infirmières (2018), une émotion est selon Michel Minder, « un état psychophysiologique ayant un caractère de choc, se manifestant brusquement, comportant une phase de tension et une phase de détente. Les réactions de joie et de colère, d'angoisse et de peur, par exemple, peuvent être considérées comme des illustrations de l'émotion » (p.165). Pour G.Thines et A. Lempereur,

l'émotion est aussi « synonyme d'affect, de sentiment, ou encore comme un type de motivation, déclenchant de l'extérieur un ensemble de réactions organiques observables chez l'homme. » (p.166)

A travers son ouvrage, Catherine Belzung affirme que “les émotions produisent donc des changements, psychiques ou comportementaux, mais renvoient aussi à un état “d'ébranlement”. Ces états internes peuvent être positifs (plaisir, joie) ou négatifs (dégoût, anxiété, agression): les comportements associés sont respectivement des comportements d'approche ou d'évitement.” (p.14). 3 composantes sont alors identifiées: comportementale, physiologique et cognitive/subjective. Les émotions peuvent être exprimées de différentes manières:

- par l'expression faciale
- l'expression vocale
- le comportement et la posture

Selon Dantzer, les émotions sont forcément extériorisées à travers le langage corporel et le non verbal et ne peuvent pas rester purement internes. La reconnaissance d'une émotion chez une personne ne se fonde pas uniquement sur l'observation de son visage mais peut aussi se baser sur les indices vocaux (pleurs, cris, exclamations) et sur la prise en considération du contexte. Des études réalisées indiquent que l'expression faciale des émotions est universelle mais que des différences existent entre les cultures notamment pour ce qui est des règles d'expression des émotions. Par exemple, selon les pays, les émotions négatives sont plus accentuées que les émotions positives et inversement.

Les émotions ont aussi un impact sur notre corps puisqu'en fonction de celles-ci, différentes réactions vont se produire. Effectivement, lorsqu'une personne se met en colère elle ne va pas seulement hausser la voix et s'agiter mais son rythme cardiaque va accélérer, un afflux de sang va monter au niveau du faciès, résultat de la stimulation du système nerveux combiné aux glandes endocrines. (p.39). Les hormones libérées lors de l'émotion ressentie jouent un rôle de signal pour le système nerveux en prévenant celui-ci que les événements vécus sont importants afin de lui permettre de traiter l'information.

Il est important de prendre en compte divers facteurs de variation dans l'expression des émotions. De ce fait, nous pouvons constater que face à une même situation, deux personnes n'auront pas forcément la même réaction et ce, en fonction de la personnalité de chacun. Une question souvent discutée est de savoir si ces caractéristiques individuelles sont innées ou acquises, notamment à travers l'éducation. Cependant, on remarque que les facteurs génétiques interagissent en permanence avec les facteurs de l'environnement et ce, à chaque étape du développement depuis la phase embryonnaire. Certaines études ont permis de démontrer que pour une émotion précise, seul le facteur génétique ne peut pas à lui seul déterminer la manière d'exprimer l'émotion mais peut aussi être influencé par l'âge et le sexe. Des émotions telles que la pitié ou la fierté apparaissent de façon plus tardive dans le développement alors que l'expression de certaines émotions s'acquiert dans l'enfance. Les facteurs d'expérience antérieure tels que l'isolement social vont également affecter le

comportement de l'individu et vont être plus propices à l'agressivité, la timidité et la curiosité. La personnalité de l'individu se construit au fur et à mesure du développement, et les aspects émotionnels définissent le tempérament, reconnaissables depuis la naissance. Eysenck développe un modèle distinguant deux dimensions. La première est l'introverti-extraverti et "correspond à la tendance à éviter ou à rechercher les stimulations extérieures". Puis la deuxième est la neurotique: "correspond au caractère phasique ou tonique des modes de réactions au milieu environnant."(p.109). Ainsi 4 types de personnalité sont identifiés:

- l'extraverti impulsif: le coléreux
- l'extraverti stable: le sanguin
- l'introverti impulsif: le mélancolique
- l'introverti stable: le flegmatique

Cette étude a aussi permis de démontrer que la personnalité joue un rôle important sur les perceptions et la cognition de l'individu et que les réponses physiologiques en sont très sensibles. De ce fait, nous pouvons dire que les émotions et perceptions diffèrent d'un individu à l'autre et sont propres à chacun.

Dans sa pratique, l'infirmière est guidée au quotidien par ses émotions. Ces éléments vont guider sa façon d'agir et de se positionner. Selon Hesbeen la posture soignante est un travail d'humanité qui conduit à une atmosphère de soin c'est à dire nourrie par les effets de l'attention que chacun consent à porter à soi, à l'autre et au monde. L'attention à l'autre est un élément primordial qui demande à l'infirmier du temps, de l'écoute.

Ainsi, la posture soignante se construit et se vit avec les compétences, les valeurs, les émotions autour d'une identité professionnelle. Cette posture va aussi aider l'IDE à se positionner dans la prise en soins du patient douloureux non soulagé.

3. La prise en soins du patient douloureux non soulagé

La prise en soins repose sur l'interaction entre l'infirmier chargé d'assurer sa fonction soignante envers une personne soignée ayant besoin d'être aidée.

3.1. Le patient

Définissons à présent ce qu'est un patient. Dans le dictionnaire Le Larousse, il s'agit "d'une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale". Le patient est avant tout un Homme avec des besoins, des attentes, des droits et des valeurs. Effectivement, selon la Déclaration universelle "Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit. Ils sont doués de raison et de conscience, et doivent agir les uns envers

les autres dans un esprit de fraternité”(p.59). Le patient est considéré comme sujet, et est égal à n’importe quel autre patient condamnant la discrimination. La considération sociale par l’infirmier envers cet être humain s’affirme dans le soin quotidiennement “Le respect des droits de l’homme, et notamment du droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, fait partie intégrante des soins infirmiers”. (p.27).

À travers son ouvrage, Wenner montre que le patient a besoin de contacts humains, authentiques et chaleureux. L’infirmier se doit d’être attentif à ce que le patient va exprimer et à l’écoute de ses demandes. Il a aussi besoin d’être estimé et accepté en toutes circonstances et que son autonomie soit préservée en fonction de son mode de vie habituel. Il doit aussi pouvoir être acteur de sa prise en soin en participant aux décisions le concernant. Le patient doit connaître les personnes qui le prendront en soin tout au long de son hospitalisation afin de lui permettre de communiquer plus aisément ses angoisses et ses faiblesses. Le respect de sa qualité de vie doit également être assuré par l’ensemble des soignants. D’après le code de déontologie, le patient a le droit d’être informé selon sa volonté de façon adaptée et loyale par l’infirmier sur son état de santé (Art R. 4312-13-). Il s’agit d’un outil utile pour construire une relation de confiance avec lui et ainsi l’aider à affronter la maladie. La personne soignée représente un acteur de sa propre santé à part entière. Il s’agit d’un déterminant considérable pour assurer une qualité dans les soins.

3.2. La prise en soin

D’une part, le soin est une notion complexe qui comporte plusieurs dimensions. D’après la déontologie infirmière universelle, “le soin prend toute sa dimension avec le respect du droit; le droit se nourrit des valeurs du soin. Droit et soin sont étroitement liés, car tous deux placent au cœur de leurs préoccupations l’être humain, pris dans sa fragilité, à travers les notions d’égalité, de liberté et de dignité.”(p.9).

Définissons la notion de prendre soin. Selon Hesbeen (1997), “*cette attention portée à l’autre en vue de lui venir en aide s’inscrit dans la complexité. Le terme “complexe” désigne ce qui est tissé ensemble. Cela veut dire que chacun des éléments d’un ensemble, d’une situation sont reliés, interagissent les uns avec les autres. Modifier un seul élément de l’ensemble implique une répercussion sur un ou plusieurs éléments.*” (p.29). Le “prendre soin” ne doit pas être affilié à l’expression “prendre en charge” car selon Hesbeen il s’agit d’une “connotation objétisante et déresponsabilisante” (p.36). Le prendre soin englobe l’ensemble des missions essentielles des différents acteurs du soin et nécessite une attention particulière portée à la personne soignée. Hesbeen affirme “je pose ici le concept de prendre soin comme une valeur, non comme une vérité.”(p.37). Pour “prendre soin”, il faut en avoir la volonté et l’envie, c’est pour cette raison que l’auteur apparente cette notion à une valeur car elle doit faire partie des convictions de tous les professionnels de santé afin que ceux-ci orientent leurs actions et leurs réflexions dans cette perspective. “*Décliner le concept*

de prendre soin sous forme de valeur et non sous forme de vérité scientifique permet aisément à chacun de souscrire à cette valeur ou de s'en détourner en choisissant une orientation plus compatible avec ses idées ou plus appropriée avec son projet, de vie ou professionnel. L'important, dans ce cas, est qu'il s'agisse toujours d'une orientation qui s'inscrive dans une perspective soignante véritable."(p.37). Le concept de "prendre soin" laisse l'opportunité au professionnel d'agir et de penser librement puisqu'il ne s'agit pas d'une façon de pensée unique. Ce concept est "ouvert sur la connaissance, sur toutes les connaissances qui permettent d'améliorer, d'enrichir, de rendre plus pertinente l'aide apportée à une personne."(p.38)

D'autre part, afin d'établir un prendre soin de qualité auprès d'un patient, il est nécessaire de construire une relation avec lui. Selon Hesbeen, un prendre soin de qualité requiert une attention particulière portée à la singularité de la personne soignée. Ces deux acteurs sont porteurs de ressources complémentaires ayant un rôle important dans le parcours de soins qui sera réalisé. Le soignant va avoir un rôle de conseiller et d'expert auprès du patient puisque les ressources apportées seront d'une grande aide au déploiement de la santé. (p.34). Elles sont issues de la vie personnelle de l'IDE et de ses compétences acquises lors de sa formation et sont au service de la personne soignée et de son environnement en complément de celles qu'elle possède. Le soignant doit prendre en compte les besoins du patient dans sa globalité. Finalement, le prendre soin infirmier est une notion complexe regroupant différentes composantes s'articulant autour du patient qui a des attentes physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

3.3. Une relation soignant/soigné

Le prendre en soin s'inscrit dans une perspective de santé basée sur une rencontre entre un patient et soignant. Cette rencontre doit permettre la création de liens entre ces deux personnes, et ainsi permettre d'instaurer une relation de confiance (Hesbeen, 2002). Effectivement, le patient doit se sentir suffisamment à l'aise afin de pouvoir faire confiance au professionnel de santé qui va lui prodiguer des soins. Ce sentiment n'est pas acquis car il "nécessite des qualités humaines et des compétences professionnelles qu'il convient d'adapter, d'ajuster à chaque rencontre, à chaque nouvelle situation" (p.30). La principale base de cette relation de confiance pour le soignant est de parvenir à apaiser le sentiment d'inquiétude que peut éprouver le patient à l'égard de son hospitalisation et passe donc d'emblée par un accueil chaleureux dans un but d'aide et d'apaisement de la part du soignant. Ce premier contact établi va permettre de savoir dans quel état d'esprit est le patient, ses attentes, ses inquiétudes et préoccupations qui ne dépendent pas forcément de l'hospitalisation mais qui sont parfois à l'origine d'une angoisse antérieure. Une fois cette atmosphère mise en place, le soignant peut alors commencer à recueillir des informations qui lui sont nécessaires afin de "prendre soin de la personne et agir dans un contexte favorable à une action efficace."(p.31).

Une fois cette première étape franchie et les liens de confiance établis, le soignant a un rôle d'accompagnement du patient et ce tout au long de son parcours de soins. En revanche, cette relation établie ne présente pas un caractère définitif. Il est donc nécessaire d'entretenir ces liens afin de faire perdurer la qualité de cette relation. Elle peut résulter de multiples discussions, hésitations, événements qui vont engendrer des prises de conscience qui ne sont pas forcément les mêmes pour le soignant et le soigné.. Il s'agit ici à la fois de gérer les subtilités et les potentielles difficultés de la relation soignant-soigné , ce qui est déterminant pour la qualité de celle-ci.

3.4. Le positionnement IDE qui accompagne le patient douloureux non soulagé

Lorsqu'il se retrouve face à un patient douloureux, l'infirmier va se positionner en fonction de ses valeurs et de sa vision du prendre soin. D'après l'ouvrage Soins infirmiers et douleur, "la tâche des soignants consiste idéalement à répondre à la plainte, sans présumer de son intensité, sans projeter leurs valeurs et leurs comportements propres pour juger de l'attitude de leurs patients". Effectivement, il est important d'écouter le patient qui ressent la douleur, sans interpréter et modifier ce qu'il éprouve. Le soignant se place dans une position de compréhension: "la douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve". Le rôle du soignant consiste aussi à soulager les tensions et à diminuer les sources d'angoisses et d'appréhension pouvant exister à cause de la douleur. Les qualités relationnelles sont aussi bénéfiques à soulager la douleur grâce au réconfort qu'elles procurent aux patients. L'instauration d'une relation de confiance entre les soignants et les patients permet d'augmenter l'efficacité des traitements.

Il est aussi souligné que "la reconnaissance du malade en tant que sujet est une condition de l'efficacité plénière des soins reçus". L'association de soins techniques et relationnels permet d'apporter une réponse adaptée à la douleur des patients. (p.24). Ces compétences sont alors essentielles afin de permettre au patient d'être soulagé de sa douleur puisque la gestion de celle-ci ne se base pas uniquement sur l'approche médicamenteuse.

III. Dispositif méthodologique du recueil de données

3.1. Objectifs des entretiens

Dans le cadre de mon travail, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmiers diplômés d'état différents afin de connaître leur point de vue en tant que professionnels exerçant sur le terrain. J'ai créé un guide d'entretien composé de questions ouvertes afin que les professionnels puissent exprimer librement leurs idées et répondre aux questions sans être influencés par tel ou tel choix de réponse. Chaque partie du questionnaire aborde une notion bien

précise constituée de relances permettant à l'infirmier interrogé de compléter sa réponse et de faire cheminer davantage sa pensée.

La première partie du questionnaire aborde le prendre soin. Effectivement le premier objectif consiste à connaître la définition qu'ont les infirmiers de cette notion. L'idée étant de savoir l'importance qu'accordent les infirmiers dans le prendre soin d'un patient.

Ensuite, la deuxième partie est axée sur le patient douloureux non soulagé. L'objectif donné à cette partie est d'identifier les différentes stratégies thérapeutiques ou non utilisées pour lutter contre la douleur d'un patient non soulagé. Celles-ci seront identifiées notamment au travers de situations vécues et relatées par les professionnels interviewés.

La troisième partie aborde le ressenti de l'infirmier à la suite de ces situations vécues. Il est question de repérer les émotions ressenties par celui-ci face à la douleur non soulagée d'un patient.

Finalement, au regard des situations et des émotions ressenties par l'infirmier, le dernier objectif est d'identifier les répercussions que la douleur non soulagée d'un patient peut avoir sur la prise en soin et sur le soignant.

3.2. Choix de la population à interroger

J'ai fait le choix d'interviewer deux infirmiers avec qui j'ai pu échanger et qui m'ont fait part de situations en parfaite adéquation avec le thème de mon travail. J'ai ressenti en discutant avec eux qu'il s'agissait d'un sujet parlant pour eux et qui leur tenait à cœur.

Lors de mon stage aux Urgences en semestre 6, j'ai eu l'occasion d'échanger avec les professionnels exerçant là bas sur le sujet de mon travail de recherche. C'est au cours d'une discussion avec une des infirmières que j'ai constaté qu'il serait intéressant d'avoir un entretien avec elle. Effectivement, elle m'a relaté une situation de soin en lien avec la douleur non soulagée chez un patient qu'elle avait en soin. Je lui ai proposé de réaliser un entretien auquel elle a d'emblée donné une réponse favorable.

L'IDE 1 que je nommerais Clarisse (nom d'emprunt) a 23 ans et est diplômée depuis juillet 2022. Elle travaille aux Urgences depuis sa prise de poste et a déjà eu l'occasion d'alterner le travail de jour et de nuit. Actuellement elle travaille de nuit, ce qui lui a été imposé, mais exercer en tant qu'infirmière aux Urgences était un choix de sa part.

L'IDE 2 que je nommerais Julien (nom d'emprunt également) à 38 ans et est diplômé depuis juillet 2022. Il travaille à l'hôpital depuis 18 ans et a d'abord exercé en tant qu'ASH pendant 4 ans. Il est ensuite parti à l'école d'aide-soignant et a exercé en tant que tel en réanimation pendant 8 ans. Après l'obtention du diplôme infirmier, il a exercé pendant 1 an aux Urgences et est ensuite revenu en réanimation. Cela fait désormais 1 an du mois de mars qu'il est revenu dans le service de réanimation, étant donné qu'il s'agissait de son projet initial.

Julien est un infirmier que j'ai rencontré grâce à mon père. Celui-ci connaissait bien sa famille car ils étaient voisins auparavant. Mon père lui a fait part de mon projet de devenir infirmière lors d'une rencontre et ont aussi échangé ensemble sur mon travail de recherche. Julien s'est proposé volontaire pour m'aider dans la réalisation de ce mémoire. Lorsque j'ai pris contact avec lui, j'ai constaté que mon sujet l'intéressait et que plusieurs situations lui faisaient écho. Il m'a donc donné son accord pour réaliser un entretien.

3.3. Organisation des entretiens

C'est en échangeant au cours de mon stage aux Urgences en semestre 6 que j'ai enregistré le numéro de téléphone de Clarisse dans mes contacts et nous avons ainsi fixé un rendez-vous pour réaliser l'entretien en visioconférence. Pour Julien, c'est mon père qui m'a donné son numéro de téléphone que j'ai également ajouté à mes contacts pour que nous puissions échanger. Nous avons donc fixé un rendez-vous autour d'un café afin de réaliser l'entretien. J'ai utilisé mon téléphone portable pour enregistrer mes entretiens avec, en amont, l'autorisation donnée par les deux professionnels. J'ai également rappelé au début de mes entretiens que ceux-ci étaient anonymisés et utilisés uniquement à des fins pédagogiques dans le cadre de mon travail.

3.5. Bilan du dispositif

Ces entretiens m'ont permis d'échanger avec des professionnels ayant déjà une certaine expérience du métier, mais aussi d'approfondir mes connaissances et d'élargir ma pensée sur le sujet. Analyser leurs propos m'a donné de l'aisance pour répondre à mes interrogations.

J'ai aimé le fait d'interviewer deux professionnels différents avec des avis divergents, mais je trouve ça aussi intéressant de pouvoir mettre en corrélation leurs idées et de finalement constater des similitudes entre les réponses apportées.

Pour ce qui est des difficultés rencontrées, j'aurais davantage apprécié réaliser un entretien en face à face avec Clarisse. Compte tenu de son planning de travail hebdomadaire et de mes horaires de cours, il n'a pas été possible de réaliser cet entretien de façon spontanée même si c'était le projet initial.

Aujourd'hui avec un peu de recul à la suite de mes entretiens, j'aurais aimé davantage développer certaines idées abordées par les infirmiers pour ainsi mieux les approfondir. Je reste tout de même contente de ces entretiens qui se sont révélés très enrichissants pour alimenter ma réflexion personnelle et le contenu de mon travail.

IV. Analyse des entretiens

4.1. La douleur

Les deux IDE prennent en compte les différentes notions en relation avec la douleur, de manière générale. En ce qui concerne, les composantes de la douleur, Clarisse investit la composante comportementale, elle dit "qui chauffe, qui n'est pas confortable, qui est polypnéique comme pas possible, il est tout transpirant"(43) ou encore, "tu le voyais sur son faciès, il était tout crispé [...] tu le voyais sur son faciès quoi. Il était pas bien, de par la fièvre déjà je pense [...] il respirait très vite quoi [...] ça montrait totalement qu'il était inconfortable. (47). En revanche, les autres composantes ne sont pas abordées par Clarisse. Il semble donc que ces infirmières n'investissent pas de manière consciente toutes les composantes de la douleur. Est-ce que cela peut être un frein à l'identification précise de la douleur et du vouloir agir qu'elles souhaitent mettre en œuvre?

Ensuite, la notion de douleur nociceptive n'est abordée que par Julien: "Ou les patients venaient des fois euh, avec des pics de douleur [...] douleur lombaire."(36); "En fait ils venaient là et c'était souvent ça qui décrivaient ça souvent comme des coups de couteau en fait."(38). On peut supposer qu'il s'agit de douleurs souvent rencontrées dans des services tels que les Urgences. Julien aborde aussi la notion de douleur psychogène "Puis c'est surtout la détresse. La détresse des gens."(50), "on voit le désespoir en fait sur leur visage"(50). Il semblerait qu'il s'agisse d'un type de douleur plus parlant pour Julien. Les autres types de douleurs ne sont pas abordés par les 2 IDE.

En lien avec l'évaluation de la douleur, l'autoévaluation n'est pas abordée par Clarisse car la situation évoquée aborde la prise en charge de la douleur chez un patient en fin de vie et inconscient. Cependant, les deux IDE utilisent beaucoup l'hétéroévaluation pour mesurer la douleur mais Julien insiste plus sur la subjectivité de celle-ci: "Y'en a qu'ont vraiment mal et qui disent rien et y'en a qu'ont je pense pas grand chose et qui voila, après tout le monde n'a pas la même notion de l'échelle de la douleur."(56); " Puis t'as ceux qui vont te dire, ils ont une petite écharde dans la main ils vont te dire qu'ils ont 10 sur 10 à l'EVA et quelqu'un qu'a une réelle douleur et qui va pas se plaindre"(54). Clarisse se base aussi sur l'évaluation faite par le père du patient étant donné les connaissances qu'il a sur lui.

Sur la réponse à apporter à une douleur présente chez le patient, il apparaît que les infirmiers interrogés sont essentiellement dans une approche médicamenteuse. A plusieurs reprises, ils illustrent la prise en charge médicamenteuse "on augmente la dose de morphine, fin de Mida aussi et elle augmentait de 0,1 à chaque fois quoi"(49); "Par exemple, on mettait d'entrée 2 mg à une patiente de morphine. [...] comme je te racontais bah y'a des périodes réfractaires donc, on peut pas non plus envoyer des milligrammes et des milligrammes comme ça. Y'a des périodes d'intervalles en fait entre les prises."(40). Ils n'abordent que très peu l'approche non médicamenteuse. Julien aborde tout de

même plus cette approche “Après euh, c’est aussi essayer de trouver plein d’autres solutions, le positionnement du patient, des fois de mettre du froid, du chaud,...ce que lui ressent c’est, écouter ce que lui, tous ses, tous ses signes d’alerte en fait. Et des fois tu peux essayer de trouver des petites choses”(68). Nous pouvons peut-être relier cette limite d’approche au manque de temps, de formation ou de ressources pour ces IDE sur la prise en charge non médicamenteuse.

4.2. La douleur non soulagée

Les deux IDE prennent réellement en compte la notion de souffrance pour le patient. Il s’agit d’un élément essentiel qu’il leur tient à cœur de considérer dans la prise en soin des patients. Effectivement, Clarisse précise à plusieurs reprises l’inconfort du patient: “donc en fait toute la nuit il a été inconfortable”(49); “vers 4h ou 5h du mat, pareil patient inconfortable, toujours la même chose”(51) “le patient bah qui souffrait clairement il souffrait, t’avais son faciès c’était n’importe quoi”(55). Il en est de même pour Julien qui évoque plusieurs situations auxquelles il a pu être confronté aux Urgences notamment: “Donc c’était plus ça aux Urgences les grosses crises de douleur qui étaient non soulagées [...] par exemple on mettait d’entrée 2 mg à une patiente de morphine. Qui était non soulagée au bout de 5-10 minutes en fait [...] changer de catégorie, de molécule parce que y’en a des fois ça leur faisait strictement rien. C’est comme si tu lui injectais de l’eau.”(40); “elle avait de la morphine en IVSE, elle avait pour les soins, y’avait euh...le protoxyde d’azote, y’avait plein de trucs de mis, en plus en réanimation y’a la PCA, y’a tout hein, elle avait tout et elle souffrait toujours le martyr.”(100). On remarque que Julien aborde régulièrement cette notion de souffrance à travers l’approche médicamenteuse.

Les deux IDE ont des représentations de la douleur qui se déclinent premièrement à travers leurs cognitions prescriptives. Il semble que Clarisse insiste sur le fait qu’elle a sollicité à plusieurs reprises les différents médecins présents afin d’augmenter les doses de morphine et réussir à soulager le patient: “je vais la chercher”x3, “je suis allée voir, j’ai appelé le senior...déchoc”, “Donc je vais voir les médecins du module B”. Il en est de même pour Julien qui évoque aussi le fait de devoir aller chercher les médecins de façon récurrente ainsi que les limites de la profession infirmière quant à la prise en charge de la douleur: “Le patient non soulagé le problème c’était en fait de...qu’est ce qu’on pouvait faire nous de plus en tant qu’infirmier à part aller chercher le médecin” (42), “En fait bah y’a rien d’autre à faire en fait c’est juste au niveau médical” (52).

C’est notamment à travers les cognitions évaluatives que l’on remarque la volonté de ces deux IDE à pousser les médecins à aller plus loin dans leur actions pour soulager la douleur des patients: “si le médecin est très frileux, je pousserais encore plus le médecin dans ses retranchements parce que moi bah j’accepterais pas une deuxième fois qu’il y ait encore une prise en charge comme ça avec moi comme infirmière.”(Clarisse, 81), “donc des fois c’est un peu la bagarre avec les médecins. C’est

d'essayer de leur faire comprendre la douleur des gens. Et d'aller aussi les prendre par la main parce que notre rôle c'est aussi le prendre soin, c'est aussi d'aller voir le médecin et d'aller lui faire constater les faits parce que y'en a ils vont pas te croire où ils vont minimiser la chose" (Julien, 44).

Finalement, les cognitions descriptives font aussi partie des représentations qu'ont ces IDE de la douleur. On peut voir que les deux IDE ont des visions relativement similaires. Lorsqu'un patient est toujours douloureux malgré l'administration d'antalgiques, ils précisent qu'ils retournent voir le médecin pour lui demander d'augmenter les doses et de venir voir que ce qui est mis en place est insuffisant. On ressent à travers leur récit leur impression de ne pas être suffisamment écouté et pris au sérieux.

Supposons que l'infirmière ait des compétences pour évaluer la douleur, mais n'a pas la possibilité de le faire. Il s'agit d'un phénomène répétitif. Pourtant, il existe des protocoles mais malgré tout la douleur reste non soulagée et l'infirmière ne peut pas agir seule. Peut-être que si les soignants avaient davantage de ressources, ils pourraient répondre de leur propre initiative sans nécessité d'avoir des médecins à proximité.

4.3. Le prendre soin dans ce contexte de douleur

On peut constater que les deux IDE placent le patient au cœur du prendre soin et reconnaissent celui-ci comme un véritable sujet. Les deux IDE prennent en compte leurs besoins, leurs attentes et font preuve d'empathie. Ils considèrent le patient comme si c'était quelqu'un de leur famille: "je vois ça souvent comme si, le patient je l'imagine, comme si c'était quelqu'un de ma famille en fait. Je me dis comment j'aimerais bien que quelqu'un de ma famille soit soigné? [...] travailler de la meilleure des manières en fait, et essayer que eux soient dans les meilleures conditions. Et d'être toujours disponible pour eux en fait" (Julien, 22); " le patient il a le droit aussi à une mort paisible, à une mort sans douleurs et puis moi je me disais si c'était quelqu'un de ma famille mais je serais folle! Mais à la place du fils [...] du fils qu'était présent, mais moi j'aurais péti un scandale hein!" (59-61). Clarisse évoque les besoins des patients: "les patients ils ont besoin d'être rassurés. Peu importe quel patient c'est. [...] qu'importe quel patient c'est, le patient il a besoin d'être rassuré"(27) tandis que Julien parle davantage du prendre soin dans sa globalité "ça commence par un bonjour et un sourire et puis bah si les gens ils voient que tu fais tout ton possible pour les soulager, forcément ils te remercieront"(160).

Par ailleurs, il semble important pour les deux IDE d'instaurer une certaine confiance entre soignant et soigné pour optimiser la prise en soin. Clarisse dit "je pense qu'il faut créer une relation de confiance avec les patients [...] mais faut quand même créer une relation de confiance, pour moi ça part de là la prise en soins parce que si tes patients ils ont pas confiance en toi et ben ça va être compliqué pour la suite"(25); "c'est exactement ou je voulais en venir, c'est que la confiance ça va s'installer automatiquement et moi j'essaye vraiment d'être irréprochable au premier contact. (Julien,

28). Julien précise à plusieurs reprises que le premier contact est primordial afin de créer cette relation de confiance. Effectivement, selon lui la communication et le contact verbal et non-verbal sont des éléments importants et que sans ce premier accueil avec ne serait-ce qu'un sourire la prise en soin peut en être altérée.

Finalement, face à un patient non soulagé, les deux IDE ont un positionnement bien défini. Clarisse dit "Je transmettais un patient inconfortable, qui pouvait partir à la minute, en étant souffrant, en étant pas bien et ça, ça me rendait folle, mais folle! [...] la douleur c'est hyper important quoi! Si on demande la douleur à chaque fois qu'on voit un patient c'est bien pour quelque chose! C'est pour agir face à ça!"(55). Julien la rejoint en affirmant "moi chaque fois c'est, c'est le l'impuissance en fait, l'impuissance de...rien pouvoir faire d'autre. Après de... de, de mal-être en fait, euh, tu te dis la personne elle souffre et tu peux, tu peux rien faire en fait, tu te sens gêné en fait. Tu te sens gêné parce que bah c'est... la limite de ton, de ton métier elle est là quoi."(68).

4.4. La posture soignante dans l'accompagnement de la douleur soulagée

Au travers de ces deux entretiens, il semble que ces situations ont généré certaines émotions pour ces soignants. Ne pas réussir à soulager la douleur d'un patient a généré un sentiment de frustration et de culpabilité "j'étais pas du tout contente de moi. Pas du tout contente de ma prise en charge"(55), "franchement c'était dur. Quand je suis rentrée chez moi j'étais pas très bien, pas bien du tout (Clarisse, 57). Julien évoque à plusieurs reprises l'impuissance de ne pas avoir rempli son rôle "Et en fait, d'être impuissant, de rien pouvoir leur proposer d'autre et bah moi ça m'est déjà arrivé de me sentir mal en fait. Tu te sens mal et tu...tu te dis putain mais qu'est ce que je pourrais faire d'autre?"(52), "moi chaque fois c'est, c'est le l'impuissance en fait, l'impuissance de...rien pouvoir faire d'autre. Après de... mal-être en fait, euh, tu te dis la personne elle souffre et tu peux, tu peux rien faire en fait, tu te sens gêné en fait. Tu te sens gêné parce que bah c'est... la limite de ton métier elle est là quoi."(68). Les deux IDE expriment aussi avoir ressenti le sentiment de honte de ne pas avoir réussi à soulager le patient douloureux. Il apparaît donc que la douleur non soulagée pourrait générer un sentiment d'impuissance.

Au cours de ces deux entretiens, la compétence infirmière est principalement axée sur le vouloir agir. Effectivement, ils expriment le fait de vouloir mettre des choses en place mais ne pas réussir à y parvenir. Pour Clarisse, il s'agit d'un problème lié au médecin qui, dans la situation décrite, ne lui répondait pas au téléphone ou ne voulait pas augmenter la morphine malgré ses préconisations. Selon Julien, il s'agit davantage d'un problème lié au manque de personnel et à la surprésence de patients dans les services qui empêchent les soignants de prendre en charge la douleur.

En conséquence, il semble que la prise en charge de la douleur non soulagée est une priorité soignante, pour le patient mais aussi pour son entourage et le vécu soignant. Le sentiment d'impuissance est mal vécu par les professionnels de santé.

4.5. Des notions qui apparaissent sur le terrain

Au regard de ces deux entretiens, nous remarquons que plusieurs notions ont été mises en avant par les deux professionnels. D'une part, le travail d'équipe semble être un levier important pour les deux IDE. Pour Julien, une équipe est constituée de différents professionnels qui collaborent ensemble et s'entraident dans un but commun "une équipe pluridisciplinaire, on travaille autant avec les aides-soignants qu'avec les médecins. Parce qu'on est tout le temps les uns avec les autres en fait" (14) et à travers laquelle on peut donner son avis et s'exprimer au regard des prises en charge "inter-équipe tu fais ce que tu veux. Fin moi je trouve ça bien inter-équipe de dire ce qu'on pense"(Clarisse, 95).

Clarisse a un positionnement bien éclairé sur sa vision de la prise en charge de la douleur. Elle a beaucoup relié cette notion avec la fin de vie notamment: "Toute façon en fait, c'est horrible ce que je vais dire mais dans tous les cas ils vont mourir. Donc autant qu'ils meurent confortablement et apaisés en augmentant la morphine plutôt que, les laisser mourir en souffrance, fin moi je trouve ça, fin tu vois le rapport entre les deux options y en a une qui penche plus que l'autre. Fin c'est... fin les médecins je sais pas...ils sont pas, pensent pas pareil."(79). Elle a dit aimer prendre soin des patients en fin de vie, qu'elle appréciait rendre les patients confortables et la reconnaissance qu'il y a notamment par la famille.

4.6. Synthèse de l'analyse

Au terme de cette analyse, nous pouvons conclure que la douleur, comme la douleur non soulagée, est une priorité pour les soignants, de leur évaluation à leur accompagnement. La douleur non soulagée génère de la souffrance chez les patients, mais elle induit aussi des émotions chez les soignants qui l'expriment lors des entretiens, jusqu'à provoquer le sentiment d'impuissance.

Ce sentiment d'impuissance est relié à plusieurs causes et phénomènes. Tout d'abord le manque de formation peut entraîner une limitation de la prise en charge non médicamenteuse de la douleur non soulagée qui pourrait répondre à cette problématique. Aussi, l'autonomie relative de l'IDE dans la prise de décision sur l'ajustement des traitements médicamenteux. Enfin, la communication médecin -IDE semble être un levier pour pouvoir mieux répondre à cette douleur non soulagée.

V. Discussion

A la suite de mes entretiens, il est désormais temps de confronter l'analyse des données avec mon cadre conceptuel et ma question de départ.

5.1. La douleur non soulagée, une notion complexe

J'ai pu voir à travers les écrits des auteurs que la douleur est une notion subjective et propre à chacun mais qu'elle est aussi intimement liée à la souffrance. Effectivement, les actions infirmières mises en place ont pour but de faire disparaître la douleur des patients et font partie intégrante de leur champ de compétences. A la suite de mes entretiens, j'ai pris conscience que parfois les moyens mis en place sont insuffisants pour parvenir à soulager les patients douloureux. C'est l'approche médicamenteuse qui est largement plus utilisée en tant que stratégie de lutte contre la douleur. C'est aussi le cas pour les deux professionnels interrogés. Je ne connais pratiquement pas l'approche non médicamenteuse car dans les services que j'ai rencontrés, elle était très peu utilisée. De mon point de vue, les thérapeutiques sont plus utilisées car il s'agit d'une méthode rapide, facile et dans la majorité des cas, qui se montre efficace. Je pense que les professionnels ont un réel manque de ressources et de temps pour utiliser les pratiques non médicamenteuses. A mon sens, si donner un médicament se montre inefficace une fois administré, peut-être serait-il souhaitable de se tourner vers les solutions non médicamenteuses plutôt que d'augmenter la dose d'antalgiques. Accentuer la prise en charge de la douleur via l'approche non médicamenteuse rendrait l'infirmière plus autonome dans ses actions car elle n'aurait pas besoin de demander un avis médical pour les mettre en place.

En lien avec l'évaluation de la douleur, il est important de rappeler que celle-ci est subjective et propre à chacun. En effet, je pense que la perception de la douleur n'est pas forcément proportionnelle à la pathologie car deux patients présentant les mêmes symptômes ne sont pas sensibles de la même façon. Après avoir réalisé une évaluation de la douleur, mis en place des choses pour la soulager mais sans résultat, je pourrais me demander si j'ai bien compris et interprété les plaintes du patient.

5.2. Les émotions liées à la douleur non soulagée

Nous pouvons dire que la douleur génère chez les soignants de multiples émotions. Comme vu précédemment, les émotions créent un état d'ébranlement qui peut provoquer des changements psychiques et comportementaux chez la personne qui les ressent.

Effectivement, les deux IDE interrogés ont ressenti de la frustration, de la culpabilité mais surtout de l'énervement face à ces patients douloureux qui ne sont pas soulagés. Je pense qu'il est difficile à accepter pour une infirmière que malgré les moyens qu'elle peut mettre en œuvre, la douleur soit toujours présente. Les deux IDE ont exprimé se remémorer parfois des prises en charge

de la douleur non abouties une fois leur journée terminée. Il s'agit d'une profession humaine, qui nécessite de prendre soin de personnes, d'individus ayant une histoire de vie et une singularité.

Je pense qu'en fonction des situations, il est parfois difficile de se détacher et de ne pas y penser en sortant du travail parce que d'une manière ou d'une autre ça nous atteint. Les sentiments d'impuissance et de frustration sont ceux qui sont le plus évoqués lors des entretiens. L'impuissance de se dire que le patient souffre toujours malgré les stratégies mises en place et de ne pas savoir quoi faire de plus pour tenter de répondre à cette douleur. C'est aussi une sorte de souffrance pour le soignant qui n'arrive pas à accomplir sa mission. En me projetant en tant que future infirmière, je suis quelqu'un d'assez sensible c'est pourquoi je pense que j'aurais parfois du mal à laisser de côté certaines situations de soins. Je me remettrais en question en me demandant quels sont les facteurs qui ont influencé cet échec, est-ce que je n'aurais pas pu m'y prendre autrement face aux différentes plaintes du patient? On se retrouve dans une impasse où on ne comprend pas vraiment ce qu'il nous arrive. On se demande pourquoi ça se passe comme ça, pourquoi les méthodes mises en place ne fonctionnent-elles pas? Je pense aussi que tout comme Clarisse, devant un patient douloureux non soulagé j'éprouverais de la tristesse. On ressent de l'empathie face à ce patient souffrant car ça nous touche forcément, on veut réussir à l'aider, à le soulager mais on n'y arrive pas et je pense que ça, c'est dur à accepter en tant qu'infirmier.

5.3. Prendre soin d'un patient douloureux

A l'image des IDE interviewés, placer le patient au cœur de la prise en charge et reconnaître celui-ci comme sujet est selon moi primordial. Avant de réaliser n'importe quel soin, il est selon moi important d'établir une relation de confiance notamment pour pouvoir assurer un accompagnement de qualité et ce, tout au long de l'hospitalisation. C'est le point de départ dès lors que nous accueillons un patient. Au final, je m'imagine à sa place car je me dis mais si moi demain je suis hospitalisée, comment est-ce que j'aimerais qu'on me considère? Je pense que j'aimerais être écoutée, que l'on me rassure par rapport à mes inquiétudes et j'aimerais avoir foi en l'équipe soignante. C'est justement à nous, soignants, de mettre en place ce lien et d'établir la confiance. Ce lien va s'établir grâce à la posture que nous adoptons. Je me suis rendue compte, lors de mon entretien avec Julien, que des détails pouvant paraître minimes dans notre non-verbal comme un sourire, se montrer à l'écoute et disponible, sont finalement des vecteurs d'un prendre soin de qualité.

Lorsqu'il s'agit de prendre soin d'un patient douloureux, des difficultés peuvent s'imposer car dans ce cas-là ça ne dépend pas que de nous, bien que notre rôle soit important. Nos actions sont limitées sur prescription médicale. A plusieurs reprises, durant les entretiens, les infirmiers expriment devoir aller chercher régulièrement les médecins pour leur faire constater que les thérapeutiques administrées sont insuffisantes, qu'il faut mettre autre chose en place pour soulager les patients. J'ai l'impression que parfois, la collaboration infirmière-médecin est biaisée et qu'il y a un décalage entre

les propos rapportés des infirmiers et les moyens mis en oeuvre par les médecins. La confiance entre nous, soignants, est tout aussi importante que celle entre soignant et soigné.

La prise en charge de la douleur repose sur l'implication de l'ensemble des professionnels de santé car en tant qu'infirmier, nos compétences sont limitées et nous ne pouvons pas agir seuls. Au cours des entretiens, j'ai ressenti que les infirmiers veulent agir et ont des compétences pour le faire mais ils se sentent limités par la prescription médicale.

J'ai obtenu des réponses aux questionnements que j'ai pu avoir mais je m'en suis également posé de nouveaux au fil de la rédaction de ce travail. Je terminerais donc par soulever une autre problématique :

“Dans quelle mesure la collaboration médico-soignante peut permettre de mieux répondre à la prise en charge de la douleur non soulagée?”

VI. Conclusion

Cette ultime partie qu'est la conclusion marque la fin de la rédaction de ce travail de recherche qui m'aura pris beaucoup de temps, d'énergie et de réflexion afin d'être réalisé. Effectivement, cela m'a demandé un investissement important ainsi que de la rigueur.

Je me dois de l'avouer, j'appréhendais énormément cette initiation à la recherche car n'ayant jamais réalisé un travail comme celui-ci, j'avais des doutes si j'allais réussir à répondre aux attendus demandés. Je pense qu'écrire ce mémoire m'a beaucoup apporté notamment au niveau de mon enrichissement personnel. Il m'a permis d'élargir le sens de ma pensée ainsi que remettre en question les pratiques rencontrées sur le terrain. J'ai enrichi et approfondi mes connaissances mais cela m'a aussi permis de me projeter davantage en tant que future infirmière. Nous sommes sans cesse contraints de se remettre en question aussi bien dans nos pratiques, nos raisonnements et nos comportements face aux patients.

Suite à la rédaction de mon cadre conceptuel, j'ai pris conscience que soulager la douleur fait partie des mœurs du métier d'infirmière et ce depuis des siècles. J'ai réellement pris conscience de l'importance de ce phénomène suite aux échanges avec les professionnels. Malgré l'évolution des protocoles de soins, la douleur reste une notion complexe, mais perdue dans les services de soins quels qu'ils soient, et qui doit être traitée et prise en compte à part entière. De plus, cela génère chez les soignants, un réel sentiment d'impuissance et de frustration lorsque la douleur est non soulagée.

Depuis que j'ai commencé mes recherches, j'aborde maintenant les patients différemment. J'y suis sûrement plus attentive que lors de mes premiers stages. Au début de ma formation, j'exécutais les soins sans réellement me poser de questions quant au ressenti du patient, c'était plus mécanique. Je pense que j'étais plus dans le rôle du soignant pur et moins à l'écoute de celui-ci. Désormais, avec l'expérience acquise au cours de ma formation, j'ai adopté une posture soignante davantage basée sur l'écoute et les besoins du patient.

Cependant, réaliser ce travail m'a confronté à quelques difficultés qui ont été de trouver et formuler le sujet de ma réflexion sur laquelle j'allais travailler pendant de nombreux mois. Bien que les entretiens avec les professionnels m'aient captivé, il m'a été compliqué de les analyser et de les confronter. Puis, rédiger la discussion dans laquelle je dois me positionner en lien avec mon travail n'a pas été chose aisée car j'avais l'impression de me répéter et de ne pas suffisamment argumenter ma pensée.

Malgré les difficultés rencontrées pour réaliser ce travail, les réponses que j'ai pu y trouver constituent un véritable atout pour ma future prise de poste et mon entrée dans la vie active en tant qu'infirmière.

VII. Bibliographie

Ouvrages:

- Duboys Fresney, C., Perrin, G. (2017). *Le métier d'infirmière en France* (7è éd). Puf
- Marchand, Serge. (1998). *Le phénomène de la douleur*. Masson
- Hesbeen, Walter. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson
- Paillard Christine. (2018). *Dictionnaire des Concepts en Sciences Infirmières* (4è éd). Setes
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD), Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). (2019). *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement* (3è éd). Med-Line Editions
- Belzung, Catherine. (2007). *Biologie des émotions* (1è éd). De boeck
- Dantzer, Robert. (1988). *Les émotions*. Presses universitaires de France
- Wenner, Micheline (1999). *Comment et pourquoi devient-on infirmière?* Seli Arslan
- Devers, Gilles (2005). *Déontologie infirmière universelle*. Lamarre
- Hesbeen, Walter. (1998). *La qualité du soin infirmier, Penser et agir dans une perspective soignante*. Masson
- Wanquet-Thibault, Pascale. (2019). *Douleur: de la formation à la clinique infirmière*. Lamarre, 147-148
- Kyrwinski.C, Amstutz.C, Pardoux.D, Coirint.Y, Brioy.A et Djider.N-E (2017) *Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'Etat* (2ème éd.)

[dictionnaire_interministeriel_compетенces_2017.pdf \(fonction-publique.gouv.fr\)](#)

Périodiques:

- Devers, Gilles. (2017-2018). Les grandes notions de la déontologie infirmière. *Objectifs Soins & Management, déc 2017- jan 2018* (260), p.10 à 15
- Bailly, Isabelle. (2009). Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière. *Soins Cadres, 2009* (71), p.20 à 21
- Péoch, Nadia. (2012). La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement. *Recherche en Soins Infirmiers, 2012/3* (110), p.65 à 77

[La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement | Cairn.info](#)

- Wanquet-Thibault, Pascale. (2016). *La place de l'infirmière clinicienne dans la pec de la douleur en service de soin*

[IDE-clinicienne.pdf \(chu-nimes.fr\)](#)

Webographie:

- SFETD, Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (s.d). *Échelles douleur*.
[Échelles douleur - SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur \(sfetd-douleur.org\)](http://sfetd-douleur.org)

- INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale (s.d). *Douleur*.
[Douleur · Inserm, La science pour la santé](#)

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (s.d) *Valeurs de la profession infirmière*.
[Valeurs de la profession infirmière | OIIQ](#)

- Institut de Formation en Soins Infirmiers de Saint Vincent de Paul (s.d). *Définition du métier d'infirmier*.
[Définition du métier - Institut de Formation en Soins Infirmiers \(ghsv.org\)](#)

- Gautier, Jean Michel. (2018). *Stratégies de prise en charge de la douleur*
[jni2018-2strategies-de-pec-de-la-douleur-gautier.pdf \(infectiologie.com\)](#)

- *Code de déontologie des infirmiers*. Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016
[CodedeDeontologieInfirmiers-01102021 \(1\)_0.pdf \(ordre-infirmiers.fr\)](#)

Ressources pédagogiques:

- Davy, A. (2022). *UE 2.3.S2: Les généralités sur la douleur*. [Présentation PowerPoint]. Repéré dans l'environnement eCampus

VIII. Annexes

Annexe 1: situation d'appel n°2 détaillée

La situation que je vais évoquer s'est déroulée lors de mon stage du semestre 5 au sein du CCP dans le service Jean Mathey qui est une unité de chirurgie thoracique et cardiovasculaire (CTCV). Cette situation a eu lieu durant mes dernières semaines de stage. Nous avons accueilli le 23 octobre 2023, Mr V, patient de 42 ans, kinésithérapeute, pratiquant le cyclisme en compétition, avec cures d'EPO (=érythropoïétine) à visée de performance.

Il s'était déjà présenté aux urgences pour un pied droit blanc, froid, sans déficit moteur, avec une hypoesthésie distale de l'hallux. Depuis 5 jours, il présente une douleur intense permanente, d'apparition brutale et s'intensifiant depuis.

Le pied droit présente un TRC (=temps de recoloration cutané) allongé par rapport au côté opposé à celui présentant la lésion, et une absence de pouls distaux qui sont perçus à gauche. Les pouls poplités sont bilatéralement bien perçus.

L'angioscanner retrouve un thrombus pariétal de la bifurcation iliaque droite avec occlusion complète de l'artère iliaque interne droite. Les axes vasculaires droits sont perméables sans sténose au niveau fémoral et poplité, puis une occlusion d'allure embolique des artères. Il est hospitalisé en chirurgie vasculaire pour revascularisation. Par la suite une intervention chirurgicale qui consiste en la désoblitération de l'artère iliaque externe ainsi que des axes jambiers par abord poplité est réalisée.

Le 24/10, à la suite de l'intervention, de l'héparine en IVSE est introduit à visée curative ainsi que de l'Ilo Médine. Il s'agit d'un traitement de l'ischémie chronique sévère des membres inférieurs chez les patients ayant un risque d'amputation et chez lesquels la revascularisation par chirurgie ou angioplastie a échoué ou n'est pas indiquée après confrontation médico-radio-chirurgicale

A son retour dans le service après l'intervention, Mr V se plaint d'une douleur brutale au niveau de sa jambe. Nous lui administrons des antalgiques afin de le soulager. Nous commençons par du paracétamol puis continuons avec l'Acupan. Mr V étant toujours douloureux, nous faisons part de cela à l'interne qui prescrit donner des dérivés morphiniques afin de calmer cette forte douleur. La douleur étant toujours présente, nous augmentons la dose des morphiniques administrés. Au vu de notre impuissance face aux douleurs de Mr V qui sont réfractaires aux antalgiques nous appelons à nouveau l'interne qui décide une reprise au bloc le 25 octobre afin d'effectuer une nouvelle désoblitération. Une fois en salle de réveil, le patient souffre de la réapparition brutale des douleurs au niveau de

l'hallux. Il est donc repris pour effectuer un bloc sciatique afin de soulager les douleurs. Lors du contrôle le matin, le médecin constate que le pied droit est froid avec déficit sensitif et que le pouls pédieux n'est plus percevable, mais persistance du poplité.

Le 25/10 au soir, Mr V est très algique avec une EN à 10 même après majoration des morphiniques qui ne le soulagent pas. La pose d'un cathéter péri-nerveux est alors abordée mais le patient refuse cette proposition. Finalement, le patient finit par accepter car il ne peut plus endurer cette douleur qui lui est insupportable. Les médecins constatent que la pose du cathéter péri-nerveux n'a rien changé, celui-ci n'est pas fonctionnel et ne soulage pas le patient.

Mr V est alors repris au bloc le 26/10 afin de tenter de reposer un KT péri-nerveux. C'est un échec, le patient bénéficie donc de la pose d'une péridurale. Son pied reste pâle, froid sans pouls mais les douleurs sont soulagées. L'administration d'Héparine en PSE et l'Iloméline sont maintenues.

Suite aux nombreuses interventions réalisées, l'équipe soignante a atteint ses limites au niveau de la prise en soin de Mr V. Au vu de l'évolution peu favorable de la situation, la question de l'amputation est abordée en équipe pluridisciplinaire le 29/10. En effet, son avant-pied étant en ischémie dépassée, la prise en soin curative avait atteint ses limites : la situation était malheureusement irréversible. Le patient est alors informé de cette nouvelle et fait part qu'il aimerait se faire amputer immédiatement car il veut être soulagé de ces souffrances. La chirurgienne le prenant en charge lui explique qu'il faut attendre la délimitation (trans métatarsien ou trans tibial) car si l'amputation est faite trop basse, il y aurait un risque de reprise.

A nouveau, le KT de péridurale n'est plus fonctionnel, Mr V retourne en salle de réveil pour le retrait du KT et la pose d'une PCA de morphine à la place.

Le 30/10, au retour de la salle de réveil, le patient se plaint à nouveau de douleurs intenses. Les antalgiques sont majorés afin de tenter de le soulager, ce qui est encore un échec. Le patient est donc repris pour un bloc sciatique dans la nuit.

Le 30/10, le patient se dégrade encore et les douleurs sont toujours présentes. Réalisation d'un nouveau bloc sciatique et fémoral ainsi qu'une nouvelle pose de KT périnerveux. Une réévaluation clinique est réalisée le soir : une dégradation de l'état ischémique de l'avant pied avec ischémie atteignant le tarse, sensibilité et coloration corrects uniquement au niveau de la coque talonnière.

Une discussion médico-chirurgicale est donc réalisée. Il est décidé d'une prise en charge chirurgicale avec amputation majeure trans tibiale qui se déroulera le 31/10. Mr V en est alors informé : il comprend la situation et est demandeur de sa prise en charge chirurgicale car il veut être soulagé de ces douleurs intenses. A la suite de l'intervention le 31/10, le patient nous fait part de son soulagement

et dit qu'il ne ressent plus aucune douleur hormis quelques unes liées au membre fantôme mais qui sont minimales par rapport à ce qu'il a pu enduré avant.

Annexe 2: Guide d'entretien

Introduction entretien: mon thème de travail parle de douleur non soulagée chez un patient déjà pris en charge pour sa douleur. Es-tu d'accord pour que j'enregistre cet entretien, sachant qu'il sera anonymisé et sera uniquement utilisé dans le cadre de mon travail.

Peux-tu me dire depuis combien de temps tu es diplômé(e) et quel est ton âge?

Depuis combien de temps es-tu en poste dans le service?

Ce poste est un choix de ta part ou a été imposé?

Peux-tu brièvement me décrire ton parcours professionnel?

-Objectif 1: Définir le prendre soin selon l'IDE interrogé

- **Question 1: Comment définirais-tu le prendre soin infirmier?**

Relances: Qu'est-ce qui selon toi est important pour prendre en soin un patient?

-Objectif 2: Identifier les différentes stratégies thérapeutiques ou non utilisées pour lutter contre la douleur d'un patient non soulagé

- **Question 1: Avez-vous déjà été confronté à une situation dans laquelle un patient était très douloureux malgré l'administration d'antalgiques? Pouvez-vous décrire la situation?**

Relances : Aurais-tu en tête une ou des situations de prise en soins d'un patient douloureux et que vous n'arriviez pas à soulager?

Pourrais-tu me parler, me relater cette situation de prise en soins?

Face à ce patient restant douloureux, malgré l'administration de traitements antalgiques ou de d'autres traitements non-médicamenteux, qu'as-tu fait, mis en place?

Le patient était-il toujours douloureux malgré une nouvelle administration d'antalgiques ou de ta stratégie de prise en soins?

-Objectif 3: Repérer les émotions ressenties par l'infirmier face à la douleur non soulagée d'un patient

- **Question 1: Face à cette situation, quel a été ton ressenti?**

- Relances:** Quelles émotions cette situation a suscité chez toi?
Quels sentiments as-tu ressenti face à cette situation?
Comment cela s'est géré dans l'équipe? et pour toi?

-Objectif 4: Identifier les répercussions que la douleur non soulagée d'un patient peut avoir sur la prise en soin et sur le soignant

- **Question 1: dans la situation du patient que tu m'as relaté, comment se sont passées les suites de la prise en soin, pour le patient, vis à vis de la relation soignant-soigné? pour l'équipe et pour toi?**

- Relances:** selon toi, est-ce que cette situation de soin difficile a pu influencer ta vision du prendre soin, de la douleur, de la prise en charge des patients? Peux-tu m'en parler?

Cela a-t-il eu un impact sur vos prises en charges à la suite de cet événement?

Pour terminer, veux-tu ajouter autre chose ou compléter une réponse?

Je te remercie pour le temps accordé.

Annexe 3: Retranscription entretien avec Clarisse (IDE 1)

1 *IDE 1: Salut ça va? Est ce que tu m'entends bien?*

2 **ESI: Salut oui et toi? Oui parfait!**

3 *IDE 1 : Ok top!*

4 **ESI: Alors, avant de commencer est ce que tu serais d'accord pour que j'enregistre cet entretien? Il sera anonymisé et je ne l'utiliserai que dans le cadre de mon travail.**

5 *IDE 1 : Ah oui pas de souci.*

6 **ESI: Ok super! Du coup, mon thème de travail parle de douleur non soulagée chez un patient déjà pris en charge pour sa douleur. Donc déjà, peux-tu me dire depuis combien de temps es-tu diplômée et quel est ton âge?**

7 *IDE 1: Alors j'ai 23 ans et je suis diplômée depuis juillet 2022.*

8 **ESI: OK. Alors, depuis combien de temps es-tu en poste dans ton service? Donc toi t'es aux urgences c'est bien ça?**

9 *IDE 1: Alors du coup j'ai bossé pendant... bah de juillet à novembre aux Urgences à ***** de nuit. Et là, tu m'as vue quand je suis revenue vite fait à ***** sinon depuis novembre je suis aux Urgences à ***** de jour.*

10 **ESI: OK. Et est ce que ça a été un choix de ta part où ça a été imposé?**

11 *IDE 1: Non c'est un choix. Alors la nuit c'était imposé mais euh les Urgences c'était un choix.*

12 **ESI: D'accord, donc là tu y es depuis novembre du coup?**

13 *IDE 1: Ouais, aux Urgences à ***** ouais depuis novembre.*

14 **ESI: OK ça marche. Et du coup j'avais mis après en question, peux-tu brièvement me décrire ton parcours professionnel mais du coup t'as toujours été aux Urgences au final?**

15 *IDE 1: Ouais...*

16 **ESI: OK.**

17 *IDE 1: Ouais ouais ouais, toujours.*

18 **ESI: OK. Donc là du coup on va un petit peu plus rentrer dans le vif du sujet, là c'était un peu les questions du début on va dire. Euh, du coup, comment définirais-tu le prendre soin infirmier?**

19 *IDE 1: Hum, euh. Oula bonne question*

20 **ESI: Heu, comment je pourrais reformuler? Hum, en gros, qu'est ce qui pourrait, pour toi, serait essentiel dans la prise en soin en fait?**

21 *IDE 1: Alors pour moi c'est beaucoup euh, beaucoup d'écoute, être attentif aussi, à tout parce que les gens, fin surtout être attentif au non verbal aussi je pense que c'est ça que je voulais dire. Parce que les gens disent des choses mais des fois leurs corps montrent le contraire.*

22 **ESI: D'accord...**

23 *IDE 1: Euh.. de la patience. Et puis voilà déjà moi je trouve que ça c'est le principal on va dire après y a d'autres qualités et d'autres choses qui faudrait avoir mais je trouve que le principal c'est ça pour moi.*

24 **ESI: Et euh, qu'est ce qui, bah, pour toi hormis ça du coup, est vraiment important pour prendre en soin un patient? Est ce que y a d'autres choses que tu penses qui seraient vraiment primordiales?**

25 *IDE 1: Bah en fait je pense qu'il faut créer une relation de confiance avec les patients. Après la relation de confiance, elle est totalement différente entre chaque patient parce que y'en a qui vont parler, d'autres qui vont pas parler. D'autres qui ont euh... des handicaps, donc forcément la communication sera pas la même. Mais faut quand même créer une relation de confiance et euh, pour moi ça part de là la prise en soins parce que si tes patients ils ont pas confiance en toi, eh ben ça va être compliqué pour la suite*

26 **ESI: Ouais... OK ça marche.. Euh...**

27 *IDE 1: Après maintenant, faut tout ce qui est, pour moi faut avoir les qualités aussi un peu théoriques tu vois, de tout ça, parce que si tu connais pas, fin si tu sais pas pourquoi tu fais ça, euh pourquoi tu prends en soin ce patient là, pourquoi tu lui fais certains soins, bah forcément ça va pêcher un moment parce que les patients ils ont besoin d'être rassurés. Peu importe quel patient c'est. Des fois un patient qui vient juste pour euh, se faire enlever les amygdales ou un patient qui je sais pas fait un choc septique, fin tu vois, qu'importe quel patient c'est, le patient il a besoin d'être rassuré et il faut connaître fin pas mal de choses quand même.*

28 **ESI: Oui faut quand même des compétences fin apprises en formation, euh, hormis le relationnel et tout ça quoi...**

29 *IDE 1: Ouais, ouais , c'est ça.*

30 **ESI: OK.**

31 *IDE 1: T'a des qualités un peu, euh, qui sont propres à chacun, tu vois, euh, les qualités humaines on va dire et t'a les qualités euh, plus théoriques que l'a t'apprends du coup à l'école et sur le tas aussi quand t'es infirmière*

32 **ESI: OK. Hum, du coup par rapport plus à ma, vraiment le thème de la douleur non soulagée, est ce que t'as été déjà confrontée à une situation euh dans laquelle un patient était très douloureux malgré l'administration d'antalgiques? Et euh du coup est ce que tu peux me décrire cette situation?**

33 *IDE 1: Alors du coup je t'avais déjà expliqué vite fait mais euh en gros c'était quand j'étais aux Urgences de nuit, euh...j'étais euh dans le secteur UHCD. Euh, et en fait là bas bah des fois t'a pas mal de patients en fin de vie. Euh...et là y avait un patient en fin de vie, un monsieur, je sais plus exactement pourquoi, je crois qu'il avait chuté, il s'était cogné la tête et du coup euh, il avait un hématome sous dural, fin voilà, il répondait plus du tout, euh, il était Glasgow 3.*

34 **ESI: OK.**

35 *IDE 1: Fin voilà. Et donc, euh, donc nous on l'avait dans le service parce que bah il était arrivé directement aux Urgences. Et en fait, moi je prends la relève de ma collègue de jour...*

36 **ESI: Ouais**

37 *IDE 1: Qui me dit que il est soulagé, euh, qui, qui, il a euh, du Midazolam, de la morphine en pousse seringue électrique, qui chauffe mais qu'il est qu'il chauffe plus avec le Paracétamol. Euh...voilà un peu le topo quoi. On me le présente bien en gros, qu'il est confortable, euh, que la famille va venir.*

Et donc, euh, du coup bah, moi généralement je commençais euh, fin je finissais mon tour par les fins de vie, parce que je voulais avoir le maximum de temps avec eux et prendre soin d'eux au maximum en fait. Pour faire les changements de positions, pour euh, faire des massages, fin voilà, faire une toilette, souvent en début de nuit, une petite toilette quoi histoire de rafraîchir et qu'ils se sentent bien pour la nuit et puis après, on, on, c'est pas qu'on les touchait moins mais c'est juste qu'on les mobilisait moins pour qu'ils soient au maximum reposés quoi.

38 **ESI: Et puis c'était des patients qui prenaient peut-être plus de temps aussi euh, bah dans la prise en soins?**

39 *IDE 1: Ouais alors euh, plus ou moins parce que ça dépendait si y avait la famille ou pas aussi.*

40 **ESI: OK.**

41 *IDE 1: Quand y a la famille forcément ça prenait plus de temps parce que tu restais un peu plus de temps, expliquer comment ça allait se passer, ce que je faisais comme soins, euh, la famille a besoin de beaucoup parler donc forcément, euh, on est là pour ça. Donc, là ça prenait plus de temps, après c'est sûr ça prenait plus de temps qu'un patient où il y avait juste besoin de vérifier la perfusion et puis voilà, et la douleur et, mais oui ça prends un peu plus de temps un patient en fin de vie que un patient euh, mais peut-être parce que c'est moi aussi et qui veut prendre plus de temps avec eux.*

42 **ESI: Oui.**

43 *IDE 1: Ça après je sais pas, mais si d'autres font pareil, mais moi en tout cas, je veux prendre plus de temps avec eux. Et euh...donc voilà, je fais mon tour et j'arrive à ce fameux Monsieur... euh qui chauffe, qui n'est pas confortable, qui euh, qui respire, qui est polypnéique comme pas possible, il est tout transpirant, euh, sachant que mon tour je l'ai fait rapidement et je suis arrivée à lui genre 30-45 minutes après les transmissions.*

44 **ESI: D'accord, ouais donc euh assez rapidement quand même quoi**

45 *IDE 1: Voilà. Et euh, donc euh... Bon bah c'est des choses qui arrivent mais j'étais pas très contente du fait de le retrouver comme ça. Et donc euh, le lit trempé, des selles, fin tu vois, c'est pas, quand j'arrive dans une chambre comme ça et que je vois un patient euh, bah totalement souillé, pas à l'aise fin voilà, alors qu'on vient de me dire il est bien, il est confortable...ça m'énerve!*

46 **ESI: Bah oui, c'est compréhensible.**

47 *IDE 1: Ca m'énerve, mais bon, le principal c'est que bah du coup on soient arrivées avec l'aide soignante et que du coup on a fait la toilette, on a mis en place le Perfalgan euh, on l'a nettoyé on l'a mis bien, euh, mais il était toujours inconfortable. Fin tu le voyais sur son faciès, euh il était tout crispé, bah il me répondait plus, ça c'était sur de toute façon, mais euh, tu le voyais sur son faciès quoi. Qu'il était pas bien, euh de par la fièvre, déjà je pense et euh...et il respirait très vite quoi donc euh ça montrait totalement qu'il était inconfortable. Donc euh, là bas t'a pas un médecin la nuit, le médecin de la nuit c'est un interne, pour l'UH en tout cas, c'est l'interne d'UHSI.*

Donc euh, du coup bah je l'appelle, je lui explique la situation, euh, le patient il était du coup sous pousse seringue de Midazolam et de morphine à 0,2 mg/h, ce qui n'est rien du tout. Euh... donc du coup bah je l'appelle pour déjà lui expliquer la situation et surtout que y avait sa famille qu'allait arriver, moi je voulais pas euh, que la famille arrive et voit un patient inconfortable comme ça. Donc euh, l'interne me dit : "bah écoute, je vais venir le voir,..." OK. Donc elle vient le voir et euh, elle,

elle le trouve pas trop mal.... Donc euh, avec l'aide soignante on était pas du tout d'accord. Et on lui dit, fin moi je lui dis moi je voudrais augmenter la morphine, il respire comme pas possible, je sais plus genre il était à 40 ou 50 de fréquence respi fin tu vois c'est pas normal. Je voulais augmenter euh bah, la sédation et euh, fin Mida et la morphine pour un peu calmer sa polypnée. Et euh, donc l'interne m'a autorisée à le faire mais à augmenter de 0,1...

48 ESI: Ah oui...

49 IDE 1: En faisant un bolus de 1 mg de chaque euh, chaque produit donc 1 mg de morphine et 1 mg de Mida...Voilà donc au lieu de passer, fin on est passé de 0,2 à 0,3 mg/h, ce qui n'est rien du tout non plus! Mais bon bref, je fais quand même et euh, donc moi quand je sais que la famille vient et que, puis même quand c'est des patients en fin de vie et qu'ils sont inconfortables et pour même n'importe quel patient, fin moi je passe souvent voir comment ça va, euh, si ils sont toujours douloureux, le patient j'ai passé toute ma nuit avec lui hein, clairement. Donc en fait, toute la nuit il a été inconfortable. J'ai appelé à plusieurs reprises l'interne. Don euh, on augmente la dose de, de morphine, fin de mida aussi et elle augmentait de 0,1 à chaque fois quoi. Donc euh, c'était chiant parce que en fait passer 12 heures à appeler son interne parce que euh, elle à peur de la morphine et peur de... fin le problème aux Urgences en fait c'est qu'ils sont très frileux de euh... de la fin de vie, très frileux de la morphine, du mida, fin voilà, ils savent pas faire, ils sont pas formés pour, il savent

50 ESI: Ah oui...

51 IDE 1: Et euh, voilà. Donc euh, le fils arrive je sais plus vers 22-23h. Et euh, pareil bah, je lui dis avant qu'il rentre je suis désolée que...que vous le retrouviez comme ça parce que moi je le trouve inconfortable et j'essaye de tout faire pour que il se sente mieux. Et donc il est arrivé, je lui dis vous allez me dire ce que vous en pensez vous parce que vous le connaissez mieux que moi. Et il m'a dit "effectivement il est inconfortable, il est pas bien du tout", voilà. Donc, euh, ce qui a plus engendré, fin ça m'a plus rassuré sur le fait qu'il fallait vraiment à chaque fois que j'appelle l'interne pour augmenter la dose parce qu'il était inconfortable quoi même son fils le disait. Et donc, voilà, et toute la nuit bah je l'ai passé auprès de ce patient à essayer de rassurer son fils en lui disant que là j'augmentais les doses petit à petit suivant ce que le médecin demandait, alors que moi j'étais pas du tout contente de cette prise en charge. Et un moment je sais plus, vers 4h ou 5h du mat, pareil patient inconfortable, toujours la même chose. Donc j'appelle l'interne 2, 3, 4, 5, 6 fois, elle me répond pas.

52 ESI: Ah oui pas du tout de réponse cette fois là quoi?

53 IDE 1: Ouais, pas de réponse. Bon, genre, euh, ça me raccroche au nez quoi.

55 *IDE 1: Ah, elle me raccrochait au nez. Et donc là du coup je suis devenue folle, fin vraiment je suis devenue folle. Euh, je vais la chercher du coup parce que bah en soit ils sont pas très loin de nous, ils sont en module A donc je vais la chercher parce que je me suis dit au début si ça se trouve elle a un problème avec son téléphone. Je vais la chercher, bah elle était partie manger! Sauf qu'elle était injoignable du coup. Et moi bah j'avais le patient bah qui souffrait clairement il souffrait, euh t'avait son faciès c'était n'importe quoi, euh, son fin, il chauffait malgré les Perfalgan, la glace, on ouvrait la fenêtre fin y a rien qui allait. Et puis son fils surtout qui nous disait "il est inconfortable moi j'ai pas envie de le voir comme ça" voilà. Et du coup euh bah ça m'a fait péter un plomb, donc euh je suis allée voir, j'ai appelé le senior...déchoc.*

Donc euh qui n'est pas du tout son rôle, mais je lui ai expliqué que l'interne ne me répondait pas alors que j'avais besoin d'elle. Et euh, il m'a dit "bah écoute tu vas voir les médecins du module B parce que c'est eux qui l'ont reçu au début donc c'est à eux de gérer ça au pire". Donc je vais voir les médecins du module B, euh un médecin très gentil, qui m'écoute et qui me dit "bah écoute je vais reprendre le dossier, c'est pas normal qu'il soit comme ça" OK. Bon entre deux je me fais engueuler par l'autre médecin, mais bon c'est pas grave. Et donc, il reprend le dossier et euh, c'était euh, ce médecin qui l'avait vu y a deux jours en fait, donc il le connaissait. Il me dit bah écoute oui tu lui refait de la morphine en bolus, tu augmentes les doses, euh, OK. Bah on était à 1mg/h, voilà, tu mets à 1mg/h la morphine... c'est que dalle encore... donc en fait ça m'a soulé et donc j'ai appelé le cadre et euh je lui ai expliqué la situation. Je lui ai dit que l'interne m'avait pas répondu, que j'étais obligée d'aller chercher un autre médecin, que l'autre médecin, bah malgré sa bonne volonté, il soulageait, ça soulageait pas le patient pour autant. Euh, et du coup le cadre a fait un rapport, fin machin machin...

Et moi je lui ai dit euh, fin en fait à la fin de ma nuit quand j'ai transmis le patient bah en fait j'étais pas du tout contente de moi. Pas du tout contente de ma prise en charge. Je, je transmettais un patient inconfortable, euh, qui pouvait partir à la minute, fin voilà, en était souffrant, en étant pas bien et ça, ça me rendait folle, mais folle. Parce que vraiment c'est un truc qui, fin la douleur c'est, c'est hyper important quoi! Si on, on demande la douleur à chaque fois qu'on voit un patient fin c'est bien pour quelque chose! C'est pour euh, agir face à ça! Et là y avait aucune réaction, alors que en soins palliatifs, ils mettent des doses à 20 mg/h, la morphine fin tu vois c'est, et là 1 mg/h. J'ai commencé ma nuit à 0,2 mg/h et j'ai fini à 1 mg/h... C'est euh...

56 **ESI: Ouais, donc tu t'es battue toute la nuit pour quelque chose qu'a pas été fait quoi, c'est...**

57 *IDE 1: Ouais c'est ça. Pour un patient bah, qui souffrait toujours après 12 heures de boulot... donc euh c'était, euh, franchement c'était dur. Quand je suis rentrée chez moi j'étais pas très bien, pas bien du tout*

58 **ESI: Ouais ça a été dur à vivre...**

59 *IDE 1: Ouais c'est ça. J'étais pas bien parce que c'était la première fois que ça m'arrivait de, de gérer un truc aussi merdique dans le sens ou bah, j'avais l'impression de pas être écoutée. J'avais l'impression qu'ils s'en foutaient en fait de ce patient là et que euh, bah c'est bon il va partir dans tous les cas, euh, mais ouais mais en fait le patient il a le droit aussi à une mort paisible, à une mort sans douleurs, euh, et puis moi je me disais mais moi si c'était quelqu'un de ma famille mais je serais folle! Mais à la place du fils...*

60 **ESI: Du fils qui était présent ouais...**

61 *IDE 1: Du fils qu'était présent, mais moi j'aurais pété un scandale hein! J'aurais pété un.. normal c'était inadmissible de voir un truc comme ça. Et je pense que bah, en fait il voyait qu'on faisait quelque chose mais il savait pas que c'était rien en fait ce qu'on faisait donc euh, il pouvait rien dire en fait.*

62 **ESI: Oui il connaissait pas trop, il s'est dit bon bah voilà ils mettent d'autre choses en place alors qu'au final ça, c'était pas suffisant quoi**

63 *IDE 1: Bah ouais c'est ça, c'est ça. Et euh, et donc le lendemain, euh tellement ça m'avait travaillé j'avais appelé ma collègue qui avait repris mon relais et euh, j'avais appelé dans l'aprèm et elle m'avait dit bah écoute il a, il est décédé le matin vers 10h30, fin tu vois, donc euh, 3-4 heures après que je sois partie...3 heures après que je sois partie. Et euh je lui ai dit "bah il était confortable ou pas? euh quand toi tu l'as, quand il est parti?" elle m'a dit bah nan pas du tout, il était pas du tout confortable, les médecins ils ont rien fait de plus.*

64 **ESI: Ah oui, d'accord. Donc depuis que toi t'es partie y avait rien d'autre qu'avait été mis en place au final?**

65 *IDE 1: Nan, rien du tout. Rien du tout, du tout. Ah nan franchement j'étais super énervée de la situation et de euh, je trouvais pas ça normal. Franchement c'était pas normal du tout.*

66 **ESI: T'as ressenti quoi toi euh, à ce moment-là? Fin ça a suscité quoi comme émotions chez toi en fait cette prise en charge là?**

67 *IDE 1: Hum, bah de l'énerverment, de la tristesse...de la honte entre guillemets parce que euh je trouve que c'est la honte en tant que, fin c'est pas plus pour moi euh, la honte c'est plus pour euh les médecins qui ont... j'avais honte pour eux quoi. Fin vraiment de, de, d'avoir fait une prise en charge pareille, de pas écouter, euh ce que je leur disais, de pas...fin de voir un patient souffrant et de se dire "oh bah ça va il est bien" mais comment ça il est bien? Fin non on est deux à te le dire, le fils est là aussi il te le dit, fin non il est pas bien! Donc ouais nan c'était plutôt ouais de l'énerverment et de la tristesse. Du coup bah, de savoir qu'il était parti dans la souffrance, moi ça m'a rendue folle quoi.*

68 **ESI: Ouais... Toi tu t'es dit c'est le rôle de, c'est notre rôle en tant qu'infirmier de soulager la douleur et...ouais OK...**

69 *IDE 1: Ouais c'est ça, c'est notre rôle et j'ai pas su le faire quoi!*

70 **ESI: Ouais, OK. Euh, comment ça s'est géré euh, dans l'équipe cette situation, fin est ce que par la suite, avec l'équipe et tout ça vous en avez re parlé?**

71 *IDE 1: Ouais, ouais ouais. bah, alors du coup on en avait re parlé avec le cadre quand je l'ai appelé. Et euh, lui bah il était d'accord avec moi, que c'était pas normal, que...mais il m'expliquait que bah les médecins ils étaient très frileux de la morphine, des fins de vie, machin, et que ça se passait la plupart du temps comme ça. Et que je verrais jamais aux Urgences des doses de cheval euh, de morphine, etc puisque les médecins ils sont pas prêts à le faire et ils ont trop peur. Mais que oui c'était pas normal et que j'avais bien fait de, d'insister autant à chaque fois, mais ouais, mes collègues c'est pareil, euh fin ils étaient d'accord avec moi sur euh tout quoi, mais euh, bah après ils pouvaient pas faire grand chose quoi.*

72 **ESI: Bah oui et puis y' avait que toi j'imagine sur le moment qu'était là où vous étiez plusieurs?**

73 *IDE 1: Ben y a deux, tu sais à l'UH y'a deux infirmiers et deux aides soignants*

74 **ESI: La nuit aussi?**

75 *IDE 1: Ouais. Et euh, sur le moment moi j'en parlais à mes collègues, mais après c'était euh, l'autre infirmière avec moi c'était euh, une qui venait d'arriver, du coup euh bah c'était plus compliqué pour elle de se positionner et de donner son avis fin tu vois je pense parce que du coup elle y connaissait pas grand chose non plus euh mais mes collègues aides soignants ils étaient totalement d'accord avec moi pour dire que c'était n'importe quoi.*

76 **ESI: OK, donc au final, euh là le cadre en fait qui dit les médecins sont très frileux par rapport à la morphine tout ça donc ça veut dire qu'à chaque patient comme ça c'est pris en charge de la même façon?**

77 *IDE 1: Ouais c'est ça, c'est que bah, t'as, déjà c'est déjà bien ils mettent en place la seringue de mida et la seringue de morphine, mais par contre ils sont à des doses ridicules quoi, ridicules. Après pour certains patients, ces doses là suffisent mais pour d'autres ça suffit pas et donc bah là faut augmenter en fait fin.*

78 **ESI: Ben oui oui, ça dépend...**

79 *IDE 1: Toute façon en fait, c'est horrible ce que je vais dire mais dans tous les cas ils vont mourir. Donc autant qu'ils meurent confortablement et apaisés euh en augmentant la morphine plutôt que euh, les laisser mourir en souffrance, fin moi je trouve ça euh, fin tu vois le rapport, fin entre les deux options y en a une qui penche plus que l'autre. Fin c'est... fin les médecins je sais pas... ils sont pas, pensent pas pareil.*

80 **ESI: OK, OK. Euh, est ce que euh, à la suite de cette situation là, euh ça a eu un impact en fait sur tes prises en charge, à la suite de cet événement on va dire?**

81 *IDE 1: Alors, euh, j'ai pas eu encore la même situation. Parce que après j'ai pas eu d'autres patients en fin de vie ou euh, ou euh, ou des patients qui étaient euh... En fait la gestion de la douleur pour des patients lambdas entre guillemets euh ou y a besoin de paracétamol, de spafon, acupan, tramadol, machin, ça c'est géré rapidement tu vois. C'est un truc qu'on fait tout le temps, les médecins ils ont pas peur de mettre en place, fin tu vois différents paliers mais c'est la fin de vie ou là y' a plus personne. Ils savent plus quoi faire. Euh, donc j'ai jamais euh, re vécu cette situation là ou j'avais un patient en fin de vie, mais je pense que si c'est le cas et ben, là par contre je serais euh, beaucoup, plus, je serais, fin si le médecin est très frileux, je pousserais encore plus le médecin dans ses retranchements parce que moi bah j'accepterais pas une deuxième fois qu'il y ait encore une prise en charge comme ça avec moi comme infirmière.*

82 **ESI: Ouais, toi tu te, la prochaine fois, fin tu t'es déjà battue en soit, mais là tu te laisserais encore moins faire par la situation, fin si ça a de se reproduire quoi.**

83 *IDE 1: Ah ouais ouais, hum*

84 **ESI: OK euh... Selon toi est ce que cette situation de soin euh bah difficile a pu influencer ta vision du prendre soin et de la prise en charge des patients?**

85 *IDE 1: Euh oui en quelque sorte, oui je pense ouais. Je pense que ouais. Bah c'est euh, je pense que ce jour là je me suis dit euh...la douleur c'est hyper important et euh...puis ce jour là je me suis surtout dit en fait j'aime bien prendre soin des patients en fin de vie. C'est, c'est un truc quand j'étais étudiante qui me plaisait pas, moi j'aime pas m'occuper des gens qui sont là depuis longtemps où tu vois la tristesse de la famille, moi ça c'est des trucs ça me ferait trop mal au coeur de bosser là dedans tout le temps. Mais ce jour-là je me suis dit, mais en fait c'est génial, t'as de la reconnaissance, fin t'as beaucoup plus de reconnaissance dans ce genre de situation que un patient qui a mal au ventre on lui donne un spasfon et il te dit jamais merci! Fin voilà c'est euh, ta plus de reconnaissance dans cette prise en charge là que dans d'autres et je me suis dit mais en fait c'est trop cool de s'occuper de personnes en fin de vie.*

86 **ESI: Ouais, tu, le fait que la personne est en fin de vie, qu'elle va bientôt décéder, euh, toi tu te dit moi j'arrive à la soulager et c'est ça qui te plaît là dedans en fait.**

87 *IDE 1: Ouais c'est ça! Malgré, malgré dans ce malheur, et ben je retrouve mon petit bonheur entre guillemets en me disant j'ai bien fait mon boulot, le patient est confortable, euh il va partir bien, euh vit entouré de sa famille qui est là, euh, il est propre, il sent bon, fin tu vois des petits détails comme ça mais c'est hyper important quoi et euh je trouve que du coup euh, bah avant je le voyais peut être un peu moins comme ça fin genre pour moi ça a toujours été important de m'occuper des personnes en fin de vie comme il fallait mais ce jour là je me suis dit c'est vraiment trop cool quoi. Parce que même le fils tu vois euh, bah il y connaissait rien mais il était hyper euh, hyper gentil avec moi quoi. Il me remerciait, euh, à la fin de ma nuit je suis allée le voir pour lui dire au revoir euh, et il m'a remercié comme pas possible. Fin il dit je vous remercie d'avoir fait tout ce que vous pouviez, fin voilà quoi, moi je trouve ça trop génial. Ou tu vois que bah, après tu as pas forcément de la reconnaissance dans le patient parce que bah lui voila quoi, mais rien que de le voir bien, c'est de la reconnaissance.*

88 **ESI: Ouais ok, bah oui parce que toi tu te dis bah j'ai accompli bah mon rôle en fait, j'ai réussi à le soulager et...**

89 *IDE 1: Oui voilà c'est ça.*

90 **ESI: OK. Et bah écoute, euh là on arrive à la fin de mes questions euh, est ce que tu voudrais ajouter quelque chose ou compléter une réponse que t'as pu me donner, ou un petit mot de fin?**

91 *IDE 1: Si je voulais rajouter que euh, j'ai jamais dit par contre au fils que la gestion de sa douleur à son père était mal gérée. Je lui ai jamais dit parce que bah on est une équipe malgré qu'on soit pas d'accord sur le principe, on est quand même une équipe et pour moi c'est pas, euh, c'est pas bien de dénigrer ce qui a été fait par le médecin tu vois, ou par un autre collègue. Si l'aide soignante elle a fait je sais pas quoi, autre chose, j'aurais jamais dit bah c'est pas bien.*

92 **ESI: Ouais et puis bah le fils il va peut être retenir que ça au final si on lui dit fin...**

93 *IDE 1: Ouais c'est ça. C'est que j'avais pas envie que le fils se dise bah mon père part pas bien, les médecins ont rien fait pour, euh, fin voilà. Moi je voulais qu'il, que la famille en fait soit, se sente pas, que y' ai pas un truc en plus à rajouter tu vois dans la fin de vie de leur père fin tu vois moi je trouvais pas ça bien. Fin après peut être que y'en a qui le diront mais moi c'est pas ma vision des choses. Déjà parce qu'on ne dénigre pas ce que l'équipe fait auprès du patient et de la famille et puis aussi parce que, parce que là je pense que y'avait déjà assez de choses à gérer que je rajoute ça en plus quoi.*

94 **ESI: Oui et puis finalement bah voilà même si y'a des choses de faites dans les équipes ça reste quand même une équipe et on peut pas mettre quelqu'un en portafaux dans l'équipe et dire ça fin...**

95 *IDE 1: Ouais, nan après inter-équipe tu fais ce que tu veux. Fin moi je trouve ça bien inter-équipe de dire ce qu'on pense mais devant les patients faut les préserver et euh, devant la famille, faut préserver la famille.*

96 **ESI: OK, ça marche. Eh ben écoute merci beaucoup pour tes réponses! J'ai beaucoup de matière là c'est top, merci beaucoup pour le temps accordé.**

97 *IDE 1: De rien!*

Annexe 4: Retranscription entretien avec Julien (IDE 2)

1 **ESI: Salut! Alors du coup, donc euh, mon thème de travail du coup parle de douleur non soulagée chez un patient déjà pris en charge pour ça. Est ce que tu serais d'accord pour que j'enregistre cet entretien? Il sera anonymisé et utilisé uniquement dans le cadre de mon travail.**

2 *IDE 2: Oui pas de souci.*

3 **ESI: Euh du coup peux-tu me dire depuis combien es-tu diplômé et quel est ton âge?**

4 *IDE 2: Euh... on va commencer par là, donc j'ai 38 ans. Je suis infirmier diplômé depuis juillet 2022. Et euh, à l'hôpital de ***** depuis 18 ans. J'ai fait euh, je te fais en gros, j'ai été ASH pendant... 4 ans et demi, 5 ans. Ensuite je suis parti à l'école d'aide-soignant et j'ai été en réanimation aide-soignant pendant 8 ans. Là je suis revenu en réanimation euh, après 1 an de, aux urgences, je suis reparti, je suis retourné en réanimation. Là, ça fait un an du mois de mars que je suis de retour dans le service.*

5 **ESI: OK. Et ça te plaît, ça te plaît toujours autant?**

6 *IDE 2: Oui, oui oui, c'était bah, façon c'était le tremplin...*

7 **ESI: Oui, c'était ton projet euh...**

8 *IDE 2: C'était le projet initial, voilà, qui a été retardé, mais c'était euh, le tremplin, la réanimation déjà, d'un service des Urgences, Urgences-réa le pôle qui, qui aussi permet de voir autre chose et de, prendre beaucoup plus de responsabilités. Donc du coup de vouloir évoluer et toujours chercher à évoluer et avoir des objectifs.*

9 **ESI: Ouais, OK. Depuis combien...je crois que tu l'as déjà dit mais je sais plus, depuis combien es-tu en poste dans ce service là?**

10 *IDE 2: Euh, ça fait un an début août...*

11 **ESI: 1 an tout pile..OK.**

12 *IDE 2: 1 an tout pile oui.*

13 ESI: Ça marche. Donc, euh ce poste c'est un choix de ta part ou ça a été imposé?

14 IDE 2: Bah du coup c'est un choix de ma part parce que c'était bah vraiment le service euh...j'ai fait beaucoup de services mais vraiment le service en fait euh, hyper polyvalent en fait avec euh, qui touche à tout type de médecine euh, qui peut y avoir bah, de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique euh, avec euh...des pathologies multiples. Avec aussi euh, un, une équipe pluridisciplinaire, on travaille autant, voilà avec les aides-soignants, euh, qu'avec les médecins. Parce qu'on est tout le temps les uns avec les autres en fait.

15 ESI: Vraiment en collaboration avec tous les membres de l'équipe quoi.

16 IDE 2: Exactement. C'est ça qui me plaît. C'est de voilà, le, le réel travail d'équipe où des fois où, dans des services t'es dans un couloir, tu cherches du monde y'a personne. Là y'a toujours du monde à côté, du coup c'est le, c'est un service où tu t'entraides, où y a de l'expérience, voilà ou dès que t'as une question...5 minutes après t'as forcément ta réponse.

17 ESI: OK.

18 IDE 2: Déjà ça c'est un plus et c'est... On dit que c'est des fois des services durs et tout, mais en fait c'est c'est assez simple parce qu'au final on a tout sur place.

19 ESI: Ouais, c'est vrai que c'est, ben oui, c'est très technique, ben y a tout, et euh...

20 IDE 2: Très technique et très protocolisé. Donc en fait tout le monde travaille de la même façon. Et puis si on a, si on a une question, il y a toujours les collègues à côté donc euh.

21 ESI: OK. Euh, alors du coup donc bah là je vais poser plus les questions par rapport à mon sujet, euh comment définirais tu le prendre soin infirmier?

22 IDE 2: Alors le prendre soin déjà, c'est de, c'est de l'humain premièrement. Je dirais, c'est prendre soin. Moi je vois ça souvent comme si, le patient je l'imagine, comme si c'était quelqu'un de ma famille en fait. Je me dis comment j'aimerais bien que quelqu'un de ma famille soit soigné? Bah j'aimerais bien être...voilà euh, travailler de la, de la meilleure des manières en fait, et d'essayer que eux soient dans les meilleures conditions. Et de, d'être toujours disponible pour eux en fait. Déjà, déjà euh, le le premier accueil de euh, le premier, le premier prendre soin, c'est ça déjà, c'est de dire bonjour aux gens, je suis untel euh, j'ai tel statut, je suis là pour euh, telle chose...on, pour les soins, pour euh...

23 ESI: Bien se présenter aux patients, dire notre fonction...

24 *IDE 2: C'est hyper important. Et moi ça fait des années je vois ça, que un patient qui n'a pas été bien accueilli, c'est...c'est un patient, en fait, qui va être euh....assez des fois, il va être assez plaintif en fait il, c'est pas abouti. En fait si c'est, si y a pas déjà eu l'accueil et le sourire en fait euh, le patient est souvent tu vas voir, il se il se braque souvent. En fait, il se referme un peu sur lui-même. Sauf que s'il a été bien accueilli euh, par toute l'équipe avec un sourire, bienvenue dans ce service, on vous explique les choses pour ce, que ce pourquoi vous êtes là, ce ce qu'on va vous faire. Mais en fait le patient la après tu peux en faire ce que tu veux quoi.*

25 ESI: Bah il va peut être être plus dans la relation de confiance

26 *IDE 2: C'est exactement...*

27 ESI: Dès le début quoi...

28 *IDE 2: C'est exactement où je voulais en venir c'est que la confiance c'est, ça va ça va s'installer automatiquement et moi j'essaye euh, vraiment d'être euh, déjà irréprochable au premier contact. Et toujours moi, c'est ma façon de faire, c'est d'essayer de ramener un petit peu de, d'humour en fait, parce que dans, en réanimation, c'est pas des, c'est pas forcément des...voilà des, des pronostics forcément très engageants, mais d'essayer d'amener un petit peu d'humour, de, de détendre l'atmosphère voilà.*

29 ESI: OK.

30 *IDE 2: Et le prendre soin pour moi il commence à passer par là même avant de faire une piqûre, même avant de poser une perfusion de, c'est c'est déjà dans la communication, la communication, le contact. Contact bah verbal et non verbal, déjà rien qu'un sourire...*

31 ESI: Ça fait toujours plaisir aux patients euh...

32 *IDE 2: Voilà le sourire et le... la relation de confiance et déjà le patient de, il va, il peut, il va se détendre en fait.*

33 ESI: Ouais puis il est pas déjà là dans un contexte très marrant donc si en plus de ça, nous en tant que soignants on n'a pas, fin on sourit pas, on est pas, fin tout de suite bah c'est fin...

34 IDE 2: Exactement, c'est comme si toi tu vas dans n'importe quel commerce en fait si on te dit pas bonjour, on ne dit pas son, on te fait pas un sourire, bah t'as envie de, t'as juste envie de quitter l'établissement quoi.

35 ESI: Hum hum clairement. OK. Euh, donc là plus par rapport à la douleur non soulagée, est ce que t'as été confronté à une situation euh, dans laquelle un patient était très douloureux malgré l'administration d'antalgiques? Et est ce que tu peux me décrire la situation?

36 IDE 2: Alors euh...Y'en a plusieurs qui me viennent en tête hein. C'est...c'est souvent des patients moi de, de souvenir heu, c'est beaucoup plus avec, beaucoup plus non maîtrisée la douleur c'était aux Urgences. Ou les patients venaient des fois euh, avec des pics de douleur. C'est souvent dans des phases aiguës. Euh, douleur lombaire euh...les, les femmes aussi qui venaient pour euh... comment t'appelle ça? Y'a des...des comment, comment t'appelle ça... des cystites ou des cholécystites...

37 ESI: Ah oui des infections urinaires...

38 IDE 2: Ouais. Infections urinaires ou des... polynéphrites. En fait ils venaient là et c'était souvent ça qui décrivaient ça souvent comme des coups de couteau en fait.

39 ESI: Ouais.

*40 IDE 2: Donc c'était plus ça aux urgences les, les grosses crises de douleur qu'étaient non soulagées. Donc du coup bah nous, on euh, à l'hôpital de **** y'avait un protocole par rapport à ça. Donc euh, des fois ça ne suffisait pas. Donc t'es obligé d'aller chercher les médecins. Mais euh, par exemple, on mettait euh, d'entrée euh...2 mg à une patiente euh...sous, de morphine. Qui était non soulagée au bout de 5-10 minutes en fait bah...comme je te racontais bah y'a des périodes réfractaires donc, on peut pas non plus envoyer, envoyer des milligrammes et des milligrammes comme ça. Donc euh... y'a des périodes,des intervalles en fait entre les prises. Mais du coup on passait plus, on était obligés d'aller voir les médecins en fait, pour des fois changer de catégorie de, voilà changer de molécule parce que y'en a des fois ça leur faisait strictement rien. C'est comme si tu lui injectais de l'eau.*

41 ESI: Ouais...

42 IDE 2: *Euh...donc voilà. Le, le patient non soulagé le problème c'était en fait de...qu'est ce qu'on pouvait faire nous de plus en tant qu'infirmier à part aller chercher le médecin. C'était déjà d'aller voir le médecin et d'essayer de lui décrire la situation, parce que y'en a qui disaient des fois mais nan attends, ça va prendre euh, ils sont sur autre chose, ils veulent pas trop qu'on les dérange. Ça va prendre euh, je sais pas attends encore dix minutes voir si il est soulagé. Bah je dis bah non euh...ça fait déjà dix minutes et elle hurle encore à la mort euh...*

43 ESI: On peut pas la laisser comme ça quoi...

44 IDE 2: *C'est ça, donc des fois c'est un peu une bagarre euh, avec les médecins quoi. C'est essayer de leur faire euh, comprendre les, bah voilà les, la douleur des gens. Et d'aller aussi les prendre par la main quoi euh...parce que notre rôle c'est aussi le prendre soin, c'est aussi d'aller voir le médecin et d'aller lui faire constater les faits parce que... y'en a ils vont pas te croire où ils vont...Ils vont un peu minimiser la chose. Donc euh, c'est aussi le rôle infirmier, c'est aussi ça, c'est de...*

45 ESI: D'insister peut être plus...

46 IDE 2: *Exactement. Et bah je sais que c'est pas facile quand on est euh, jeune euh, jeune DE. Mais moi qu'ai un peu, un peu de bouteille et connaissant déjà les médecins dans le service en fait bah, des fois faut aller percuter quoi. Faut aller euh, faut aller un peu euh...comme je dis prendre les médecins par la main, de venir constater les choses, nan on peut pas laisser la dame comme ça. Je dis si c'était quelqu'un de ta famille tu le laisserais pas comme ça. Donc euh, voilà.*

47 ESI: Toi c'est ce que t'as dit à ce moment là dans la situation là? C'est ce que t'as dit au médecin?

48 IDE 2: *Ouais. Ca m'est déjà arrivé plusieurs fois de dire euh, c'était souvent un peu euh pour les mêmes cas. Sur les mêmes cas de douleur aiguë, euh...femme ou homme hein...du coup c'était un peu le même cas qui revenait, régulièrement. Et en fait bah tu, tu mettais la perfusion, tu mettais de la morphine, ça passait pas, donc du coup tu passais à... t'essayais de passer en plus, je sais pas moi de l'Acupan euh...et en fait des fois rien n'y fait en fait. La douleur elle était telle que...Donc du coup bah, la, la finalité c'était toujours en fait de euh, prendre un médecin par la main nan mais écoute vient là, là c'est pas suffisant, vient voir quoi.*

49 ESI: Et au bout d'un moment les médecins, ils venaient, fin ils...y'avait quand même une action, de faite?

50 IDE 2: *Faut pas trop leur laisser le choix au final. Leur rôle c'est ça et, notre rôle c'est d'aller les prévenir. En fait, si tu préviens pas tu peux, tu, tu pourras jamais soulager la patiente ou le patient quoi. Puis c'est surtout la détresse. La détresse des gens. Tu leur dit bah oui mais je vous ai déjà mis 2 mg, ouais mais mettez moi autre chose, bah je peux pas...et rien que de leur dire je peux pas, on voit le désespoir en fait sur leur visage et en fait euh... c'est que...putain des fois tu bottes un peu en touche tu dis bah...je reviens dans cinq minutes pour voir et en fait tu sais que ça va pas le faire. Mais du coup tu te caches un peu derrière ça.*

51 ESI: Ouais parce que t'arrives au max, fin aux limites de ce que toi tu peux mettre en place mais le dire au patient...

52 IDE 2: *Ouais, toi, toi ça vient te bousculer aussi parce que des fois tu, par exemple t'a pas un médecin sous le, sous la main tout de suite, bah tu leur dit bah attendez encore un peu ça peut peut être agir mais tu sais que ça va pas forcément le faire. Et du coup bah, t'essayes un peu de... la facilité ce serait un peu de fuir en fait et d'esquiver, tu vois, les patients. Mais tu peux pas les laisser dans cet état. Et en fait, d'être impuissant, de rien pouvoir leur proposer d'autre et bah moi ça m'est déjà arrivé de me sentir mal en fait. Tu te sens mal et tu...tu te dis putain mais qu'est ce que je pourrait faire d'autre? T'essayes d'inventer dix milles trucs dans ta tête en disant putain mais qu'est ce je pourrait faire d'autres quoi? En fait bah y'a rien d'autres à faire en fait c'est juste au niveau médical.*

53 ESI: Parce que toi t'arrives aux limites de que tu peux mettre en place aussi, des fois mais...

Tu te sens mal par rapport au patient, tu te dis je peux pas le laisser dans sa douleur quoi.

54 IDE 2: *Bah c'est tout un...tout un processus parce que des fois, des fois tu vas avoir trop de patients. T'as trop d'affluence donc du coup faut que t'aïlles aussi voir tout le monde, mais du coup tu peux pas tout faire en même temps. C'est là en fait que les limites euh, le manque de personnel, le manque de médecins, le, le...la surprésence en fait de patients. Et en fait tu te retrouves des fois un peu noyé si t'es pas organisé tu te retrouves mais carrément noyé, et en fait t'as les gens ils restent pendant euh, vingt heures sur un brancard euh, tu vois y'en a ils vont rester vingt heures avec une douleur voilà, vingt heures quoi. Puis t'as ceux qui vont te dire euh, ils ont une petite écharde dans la main ils vont te dire qu'ils ont 10 sur 10 à l'EVA et euh, quelqu'un qu'a une réelle douleur et qui va*

pas se plaindre. Et en fait tu le vois souffrir, tu te dit mais dites nous dites nous on peut faire des trucs pour vous.

55 ESI: Ouais y'en a qui disent pas c'est vrai hein...y'en a qui disent pas...

56 IDE 2: C'est ça. Y'en a qu'ont vraiment mal et qui disent rien et y'en a qu'ont je pense pas grand chose et qui voila, après tout le monde n'a pas la même notion de l'échelle de la douleur.

57 ESI: C'est ça aussi qu'est compliqué, bah c'est la...

58 IDE 2: Mais c'est aussi ça en fait euh dans le, euh, c'est de voir aussi des fois a qui t'a à faire quoi. Puis aussi de regarder ton patient parce que quelqu'un qui te dit 10 sur 10 en presque en souriant, et t'en a qui vont te dire 2 sur 10 en serrant les dents, voilà, y'a deux poids, deux mesures quoi.

59 ESI: C'est l'observation aussi qu'est importante...

60 IDE 2: C'est pas que, que de la, c'est pas que écouter ton patient, c'est aussi le regarder, c'est surtout ça quoi.

61 ESI: OK. Euh, bah du coup tu l'as plus ou moins dit mais face à ce patient qui est fin, restant douloureux malgré l'administration de médicaments et de traitements tout ça, qu'est ce que toi t'avais fait du coup? A ce moment-là?

62 IDE 2: Bah...moi j'étais allé voir le, le médecin en fait et euh...en lui disant nan mais euh là ce qu'on est en train de lui mettre en place c'est pas, c'est pas suffisant ou alors c'est pas, il faut compenser avec quelque chose d'autre ou alors faut...Donc du coup c'est euh...aller voir le médecin, lui dire nan, écoute tu viens avec moi comme ça tu vois de tes propres yeux euh, parce que en fait aux Urgences par exemple, ils viennent, des fois ils vont voir un peu le patient et ils passent à un autre.

63 ESI: Oui.

64 IDE 2: Tu vois, tu, ils reviennent pas souvent voir les patients. Donc si t'a pas le temps parce que en fait tout le monde est à bloc quoi. Mais euh, des fois t'es obligé de prendre le médecin par la main et lui dire, voilà, de venir constater nan mais la faut faire autre chose. Donc du coup lui, par contre là...lui souvent, bah, il a entre guillemets pas le choix. Donc du coup, euh...il va te prescrire autre chose. Et il va te faire une sorte de petit planning en fait en disant bah, à telle heure tu lui mets

ça, à telle heure tu lui mets ça, telle heure, voilà sur le logiciel, tu dis bah, un truc pour qui y'est le, le patient il aie toujours une dose euh...

65 ESI: Plus ou moins de, ouais...

66 IDE 2: De différents... formes...des fois ta des différents paliers même mettre différents paliers ensemble, ça peut potentialiser euh, l'effet de euh...des antalgiques quoi.

67 ESI: Oui, OK. Euh...Toi face à cette situation là, qu'est ce que fin, qu'est ce que t'as ressenti? Quelles émotions ça a suscité euh, chez toi?

68 IDE 2: Bah comme j'ai, je te disais tout à l'heure, moi chaque fois c'est, c'est le l'impuissance en fait, le...l'impuissance de...rien pouvoir faire d'autre. Après de... de, de mal-être en fait, euh, tu te dis la personne elle souffre et tu peux, tu peux rien faire en fait, tu te sens gêné en fait. Tu te sens gêné parce que bah c'est.... la limite de ton, de ton métier elle est là quoi. Tu es euh, tu travailles euh, sur euh, sur prescription et du coup bah ça, ça s'arrête là. Après euh, c'est aussi dans, essayer de trouver plein d'autres solutions, le positionnement du patient, le, des fois de mettre euh, du froid, du chaud, de...ce que lui ressent c'est, écouter, euh, écouter ce que lui, tous ses, tous ses signes d'alerte en fait. Et des fois tu peux essayer de trouver des petites choses mais...mais ça reste vraiment le...le côté euh, t'es tellement gêné que t'aurait, t'a presque euh, honte en fait de...de, la qualité du soin, des soins.

69 ESI: Ouais... Tu te dis j'arrive pas à accomplir mon rôle euh...

70 IDE 2: Ouais, puis bah c'est ça en fait. Tu te dis bah...la surpopulation à l'hôpital, aux Urgences, du coup tu peux pas bien prendre en charge tout le monde. Donc au final t'as l'impression de bosser moyen tout le temps. De...de, jamais faire des soins de qualité...

71 ESI: Aller au bout des choses...

72 IDE 2: Exactement. Les gens, tu, tu te robotises en fait euh, dans ces moments là. Parce qu'au final euh, tu vois les gens cinq minutes euh, toutes les...tu vas voir quelqu'un, le temps que tu regardes tout le monde, la personne que t'es allé voir euh, je sais pas en premier, tu, des fois tu vas la revoir que deux heures après. Tu te dis bah c'est pas génial quoi. Mais ça vient, ça vient bousculer hein. Ca vient bousculer, après y'en a je sais pas pour euh, pour certains mais je pense que y'en a que ça leur, peut être ça leur fait rien, mais ça dépend aussi de ton caractère quoi, de...

73 ESI: Toi ça t'arrives d'y repenser par exemple quand tu rentres chez toi ou des fois de...

74 IDE 2: *Ah oui clairement, clairement je suis rentrée des fois dans ma voiture après ma journée de boulot j'avais envie de hurler hein. Je dis putain j'ai fais de la merde hein. J'ai carrément, on a travaillé, j'ai fait de la merde aujourd'hui. Oui, oui mais carrément, c'est ce que je te dis ça c'est, d'avoir fait de la merde.*

75 ESI: Ouais puis tu vas te, peut être te refaire la journée, tu vas tout, fin... bah tu vas ruminer un peu...

76 IDE 2: *Mais c'est ça et puis bah t'es enervé parce que euh, t'as pas fait des bons soins de qualité, t'a certains aussi, patients qui sont pas forcément très agréables aussi qui t'énerve, moi je suis plutôt quelqu'un de posé et en fait, travailler aux Urgences ça m'a a moitié bousculé dans le fait que...bah tu deviens irritable. Parce qu'en fait t'as beaucoup de travail, tu peux pas faire du bon travail...tu, tu bah là comme au niveau de la douleur des fois bah tu laisses les gens parce que, des fois, pas le choix. Tu laisses les gens avoir mal...*

77 ESI: Ouais puis y'a du monde, y'a, fin ouais...

78 IDE 2: *Et euh...c'est ça aussi le, le monde des Urgences et que on dit tout le temps à la télé ouais, les Urgences y'a de la violence là mais en fait ça monte quoi fin tu sens que ça monte la violence quoi. Parce que trop de monde, parce que pas de bonne qualité, euh, des soins, parce que les gens sont pas forcément euh, les gens eux ils viennent un peu aussi comme ils vont voir le médecin traitant hein, ils viennent aux Urgences euh...*

79 ESI: Pour y avoir été en stage oui j' ai bien vu mais...

80 IDE 2: *T'as les gens qui ont carrément leur place, qui souffrent le martyr et t'en a en fait qui pourraient très bien aller voir le médecin traitant et non quoi. Mais c'est dur hein, c'est dur de voir les gens comme ça quoi, surtout euh, surtout quand tu sais que, euh... certaines, certaines euh...certains signes cliniques qu'ils ont, tu sais, tu sais à peu près même sans être médecin, tu, tu diagnostiques à peu près le, ce qu'ils peuvent avoir et tu sais que les effets que ça peut avoir.*

81 ESI: Ouais.

82 IDE 2: *Pour les coliques néphrétiques là, les...*

83 ESI: Ouais ça, ça fait très mal apparemment, c'est des douleurs...

84 IDE 2: *Tu sais en fait ils disent euh, souvent il dit bah il compare ça à la douleur d'un, d'un accouchement quoi donc tu te dis ça peut être très, ça peut être super violent. Donc euh...donc c'est à pas minimiser mais ça passe encore aujourd'hui à la trappe quoi. C'est ça que tout le monde euh, tout le monde est pas forcément bien soulagé. Si y'a peu de personnes, si t'arrives à 5 heures du matin que y'a pas beaucoup de monde, là, là t'a du monde, t'a du monde pour la prise en charge, pour euh, voilà t'as le médecin il est beaucoup plus disponible euh, il peut aller voir beaucoup plus les patients parce que y'en a moins. Mais des fois en fin de journée quand ça entre guillemets, quand ça dégueule de partout...*

85 ESI: Ouais...

86 IDE 2: *Y'a des brancards dans tous les sens, bah tu peux pas faire du bon travail.*

87 ESI: Ouais c'est ça. Ça va dépendre aussi voilà si y'a beaucoup de patients, si y'a pas beaucoup de patients euh...ouais.

88 IDE 2: *Et ça percute hein, après oui euh, moi je, je ramène pas ça à la maison, moi ça, quand je quitte à peu près le, l'hôpital j'y repense pas mais ça m'arrive des fois en remontant dans ma voiture de, de me refaire un peu la journée et de dire nan mais là c'était, c'était pas possible quoi.*

89 ESI: Oui y'a certaines situations peut être qui te font plus cogiter que d'autres aussi fin ça va dépendre de ce qui s'est passé peut être...

90 IDE 2: *Ouais puis c'est la détresse des gens en fait ce qu'ils te disent des fois. Ils te disent, ils te disent nan mais aidez moi, aidez moi! C'est...c'est comme quelqu'un qui se noie et même toi si tu sais pas nager tu vas pas aller.*

91 ESI: Ouais.

92 IDE 2: *Bah voilà c'est euh...fin tu te dis je vais pas y aller euh...parce que t'as pas envie de, t'as pas envie de te faire entraîner là dedans, je sais pas c'est bizarre comme sensation, mais euh...c'est presque de la fuite en fait. T'as presque, t'as presque honte en fait et t'as plus envie de...t'entrouvres la porte tu regardes un peu mais tu vas plus voir la personne parce que tu sais ce qu'elle va te demander, et toi tu sais que tu pas pouvoir...*

93 ESI: Tu sais que tu vas pas pouvoir répondre à ses besoins...

94 IDE 2: *Donc en fait c'est...je sais pas si c'est instinctif mais c'est...c'est un peu te cacher quoi tu vois, de rester derrière la porte et pas, pas laisser la porte ouverte c'est presque te protéger quoi.*

95 ESI: Ouais c'est ça, OK.

96 IDE 2: *De fuir. Fuir en fait ça te protège mais ça règle rien.*

97 ESI: Ouais c'est ça parce qu'au final la, la situation elle est...

98 IDE 2: *Ça va, ça peut, ça peut protéger mais euh ça n'arrangera jamais, ça peut pas arranger la situation puis c'est pas la bonne manière de faire. C'est vraiment pas la bonne manière. Mais euh... mais c'est frustrant hein mais même en réanimation des fois t'a des gens euh...Là récemment on avait une jeune euh, moi je m'en suis pas occupée je sais plus ce qu'elle avait exactement mais euh, mes collègues me disait que c'était des, des doses de morphine mais...des doses à, mais à...de folie. Un dosage de fou et euh, elle avait toujours mal, toujours, toujours.*

99 ESI: Ouais ça la soulageait pas...

100 IDE 2: *Nan et puis bah c'était pas, euh elle avait de la morphine en IVSE, elle avait pour les soins, y'avait euh...le protoxyde d'azote, y'avait plein de trucs de mis, en plus en réanimation y'a la PCA, y'a tout hein, y'a, elle avait tout et elle avait, elle souffrait toujours le martyr.*

101 ESI: C'est fou quand même...

102 IDE 2: *Alors c'est là aussi ou tu te dis euh, où s'arrête la euh, où va la douleur? Est ce que, c'est de la douleur physique, est ce que c'est de la douleur psychique?*

103 ESI: Mélange des deux?

104 IDE 2: *Mélange des deux on peut pas savoir des fois. Parce que y'en a aussi ils veulent euh, ils sont...ils sont habitués à avoir des hautes doses et en fait ils veulent juste euh...ils veulent, ils veulent leur, leur dose de médicaments quoi. Donc c'est là aussi où...bah tu vois cette jeune là ça, ça a fait le tour de la réa, on en a parlé pendant une semaine. Elle avait mal tout le temps, tout le temps. Moi je peux pas dire parce que je l'ai pas pris en charge mais mes collègues elles étaient mal.*

105 ESI: bah oui parce qu'elles arrivaient pas à soulager...

106 IDE 2: Bah ouais, je les sentais très mal et puis elle était hyper demandeuse. C'est, c'est euh, 10 sonnettes par heure, 10-15 sonnettes par heure euh, à dire j'ai mal j'ai mal, un moment euh, même les médecins ils étaient...ils en étaient désolés parce qu'en fait les limites s'arrêtaient là quoi y'a un moment sinon, sinon on vous, on vous endort quoi.

107 ESI: Bah c'est ça...

108 IDE 2: Tu vois la prochaine étape c'est quoi, c'est l'anesthésie.

109 ESI: Bah oui parce qu'au bout d'un moment bah elle aurait pu être sédaturée fin, être euh...

110 IDE 2: Si elle avait la maladie de Crohn voilà...

111 ESI: OK, d'accord. Et du coup là par exemple ce genre de situation comment ça s'est fin, ce que tu racontais par rapport aux Urgences, comment ça s'est géré dans l'équipe? Fin vous en parlez des fois entre vous euh...?

112 IDE 2: Bah on en parle souvent entre nous parce que ça, ça arrive à tous, c'est déjà arrivé à tout le monde hein ce genre de...ce genre de...situation. Mais oui on en revient toujours au même, c'est que bah...c'est que bah c'est surtout le...quand y'a beaucoup de monde aux Urgences en fait, où tu vas voir ces genres, ce genre de problème. Parce que tu peux très bien euh, si c'était très filtré, tu pourrais faire du, des soins de qualité. Quand ça arrive euh, non-stop, sans arrêt, sans arrêt, sans arrêt, tu peux pas tu peux pas être auprès, il faudrait un soignant par personne mais tu peux pas ça. T'en a déjà même pas 1 pour 20 donc euh...

113 ESI: Bah oui ce serait l'idéal mais bon euh...fin on fait avec les moyens qu'on a aussi.

114 IDE 2: Comment gérer la douleur c'est peut être déjà avoir, avoir, d'avoir peut être moins de travail à côté. Pour être plus présent, et peut être mettre plus de choses en place, ça pourrait être, je sais pas ça pourrait être une solution mais... mais c'est un échange euh, médical-paramédical hein tu vois.

115 ESI: Oui.

116 IDE 2: *Voilà après euh, ton, ton ancienneté euh, une fois que par exemple le médecin il a ta confiance, il te connaît...il sait, il va boire tes paroles, il sait, il sait que tu, que tu sais ce que tu vas demander, donc euh, moi à la fin en fait certains médecins, certains médecins tu vas les voir, tu dis par contre j'aimerais bien que tu reviennes là, ok je viens. Parce que si tu me le demandes, c'est que y'a nécessité.*

117 ESI: Ouais des fois ils savent que vous venez pas les voir euh... pour rien non plus quoi.

118 IDE 2: *Après c'est, c'est normal aussi après euh, quand tu travailles avec quelqu'un que tu connais pas, tu...voilà tu, t'as une confiance euh, des fois entre patients et soignants mais t'as aussi une confiance soignant-soignant, et si le médecin il commence, à te connaître et à savoir euh, ta qualité au travail, ben...t'as plus besoin de lui demander dix fois quoi. Si tu lui demandes une fois, il sait pourquoi. Ça aussi, ça ça passe par là aussi.*

119 ESI: OK.

120 IDE 2: *Je veux bien prendre soin des gens c'est que, voilà c'est de travailler en équipe quoi et de se faire confiance.*

121 ESI: Oui c'est important oui c'est clair pour prendre soin de patients...

122 IDE 2: *Puis des fois on a aussi, t'a les nouveaux internes. Donc les nouveaux internes, ils connaissent pas trop le fonctionnement du service. Donc c'est aussi à toi, ton rôle c'est de les driver, de leur dire que, voilà ici ça se passe comme ça, que, d'instaurer une relation de confiance entre nous et...*

123 ESI: Oui parce que c'est vrai que quand vous les connaissez pas au début ben, vous savez pas trop leur façon de faire...

124 IDE 2: *Des fois, des fois tu vas pas avoir le senior qui va être là, donc euh, t'a 3 internes avec toi, et ils y connaissent pas grand chose, bah des fois tu leur dit bah, tu vas presque euh...tu leur dit bah, tu vas sur le logiciel, ah tu sais pas le prescrire, bah faut aller par la puis tu lui prescrit ça...*

125 ESI: C'est presque à vous de montrer en fait...

126 IDE 2: *C'est presque toi le prescripteur au final. Parce que c'est eux, c'est leur code, c'est eux qui tapent mais, on est presque rendus à nous leur dire euh, leur dire quoi faire. Après, faut aussi...qu'ils apprennent mais...*

127 ESI: OK. Euh...dans la situation bah que tu m'as relaté, euh comment se sont passées les suites de la prise en soin, est ce que bah y'a eu euh un impact pour toi, pour tes, fin pour tes prochaines prises en soin?

128 IDE 2: *Euh, généralement, c'est euh, on arrive toujours quand même à soulager parce que je pense que c'est des fois une histoire de...une histoire de médicaments. Mais euh...en fait c'est plus une chronologie des faits, souvent on mettait morphine ça marchait pas parce qu'on suspectait par exemple une colique néphrétique. Et du coup après, les médecins ils voulaient pas mettre par exemple un...un anti-inflammatoire directement. Mais tu sais au final ce qui va marcher ça va être l'anti-inflammatoire. Souvent les patients tu leur met Kétoprofène...dans les dix minutes euh...*

129 ESI: Bah pour la colique c'est le...c'est le médicament un peu euh magique...

130 IDE 2: *C'est ça mais en fait souvent ils, les médecins ils le prescrivent pas en première intention.*

131 ESI: Ouais, bah oui...

132 IDE 2: *Donc voilà mais euh...moi ça s'est...toujours on va dire bien terminé, on arrive toujours à soulager ou alors, le temps des fois que...quand ils ont un, un petit comment, leur petit caillou, quand ils ont commencé à le, à faire pipi et que voilà le, le petit caillou est parti, c'est, ils sont soulagé. Mais euh... ça va loin la souffrance et t'as l'impression que tu leur ampute un membre quoi.*

133 ESI: Ouais... puis surtout la colique c'est vraiment une douleur assez euh...

134 IDE 2: *Ouais on va dire que les grosses phases aiguës de douleur c'était euh souvent ça les coliques néphrétiques euh. Ouais, souvent tôt le matin, au réveil. Mais euh, nan, nan ça s'est toujours euh...on va dire relativement bien fini mais euh...c'est arrivé, ça arrive, ça arrivera encore...mais c'est, c'est je sais pas, je sais pas si y'a vraiment de solutions après, tu peux pas, pas de médicaments miracle, tu peux pas, tu peux pas mettre n'importe quelle dose à n'importe qui.*

135 ESI: Bah oui c'est ça. Puis y'en a qui vont mieux supporter certaines doses que d'autres fin...

136 IDE 2: Puis euh...pour juger une douleur en fait il faut que t'ai mal, malheureusement. Sinon tu peux pas, déjà si t'as pas mal tu serais pas là.

137 ESI: Oui c'est ça déjà, ça part de là mais...oui.

*138 IDE 2: Mais nan après je sais pas si ça existe hein de...des, d'autres façons de faire. Moi je connais qu'à ****, ce qui faudrait c'est peut être aller discuter avec d'autres gens, d'autres façons...*

139 ESI: D'autre part...

140 IDE 2:...peut être de travailler mais bon...

141 ESI: OK. Euh, bah du coup est ce que ces situations de soins qui sont quand même difficiles ont influencé ta vision du prendre soin de la douleur et de la prise en charge des patients?

142 IDE 2: Mais carrément. Carrément parce que quand t'es aide-soignant en fait et que tu vois les gens avoir mal, tu dis mais attendez je vais chercher l'infirmier, là c'était facile mais quand c'est toi, quand c'est toi qui te retrouve en fait, à faire les soins, à injecter les médicaments, t'es de l'autre côté de la barrière c'est pas pareil en fait. Et euh...et du coup bah c'est toi qui te retrouve un peu plus sur le devant de la scène et c'est, c'est pas facile en fait de...c'est de la communication aussi avec le patient. Sur les cas suivants, ouais carrément parce que, bah des fois tu vas chercher le médecin plus vite, parce que du coup tu te dis bah...une fois je me souviens tel épisode on avait perdu euh, on avait perdu du temps sur la, voilà sur le, sur les soins du patient, sur ce coup là euh, sur ce coup là on peut pas, on peut faire que mieux donc euh, forcément ça influence et t'a envie de...t'as envie de soulager beaucoup plus euh, les douleurs des patients et puis même en réa, moi le, depuis ces épisodes par exemple là de, où c'était difficile aux urgences de, de contenter les gens euh, bah t'essayes toujours de faire mieux. Bah déjà dans les positions, bien positionner tes patients, bien leur dire que si vous avez besoin vous n'hésitez pas à sonner, de toujours prévoir en fait euh, d'être prévoyant. Prévoyant et de jamais laisser un patient par exemple sans sonnette. Tu vois c'est con mais un patient qu'est intubé si il a mal, si il arrive, si il a pas la sonnette par exemple pour sonner...

143 ESI: Bah il pourra pas te le dire quoi.

144 IDE 2: Bah tu peux attendre 3 jours, il te dira jamais hein.

145 ESI: Bah oui...OK.

146 IDE 2: Donc forcément ça joue, ça, en fait, ça te fait acquérir de l'expérience. C'est en fait c'est les, des, les situations comme ça euh, plus ou moins négatives en fait qui te...

147 ESI: Qui te font évoluer aussi...

148 IDE 2: Ça te fait évoluer dans ta, dans ta démarche, dans ta réflexion, et du coup t'essayes de mettre en place des automatismes, voilà pour plus, pour éviter que ça arrive, que...

149 ESI: Que ça se reproduise ouais...

150 IDE 2: Ouais puis ça te, ça te favorise ton expérience, puis tout ce que t'as déjà fait, tout ce que t'as déjà vu, tout ce que t'as déjà euh, vécu, ce qu'est arrivé en bien t'a envie que ça revienne mais ce qu'est arrivé en négativement en fait euh...t'essayes que ça arrive le moins possible donc forcément tu mets des choses, tu mets des choses en place après des fois c'est instinctif, tu réfléchis même pas. Mais c'est déjà, par exemple quand t'as un patient bah, qu'a mal, bah déjà, par exemple vérifier qu'il a une voie d'abord qui passe nickel. Parce qu'en fait si elle passe pas bien...

151 ESI: Bah les médicaments seront pas bien administrés quoi...

152 IDE 2: Ouais tu vois rien que ça. Et si t'es sur que par exemple si t'es sur de ta voie d'abord euh, bah tu sais que dès que tu vas mettre quelque chose ça va forcément bien passer quoi. On en voit des fois des cathlons coudés ou...

153 ESI: Bah oui, donc forcément ça part de là aussi quoi..

154 IDE 2: Ouais. Donc voilà c'est plein de petites choses en fait où...c'est plein de petites choses que tu, que t'acquiert avec l'école, avec les stages, avec le, le boulot, quand tu commences à travailler, avec des, c'est des situations là en fait qui te font grandir.

155 ESI: OK. Puis bah quand t'es...

156 IDE 2: Tu verras ça en réa. T'auras forcément des situations comme ça. Et tu penseras... à l'entretien!

157 ESI: Et je penserais à l'entretien! A tout ça!

158 IDE 2: Je serais la de façon!

159 ESI: Bah oui normalement oui on se croisera là bas. Et ben j'arrive au terme de mes questions, est ce que tu voudrais ajouter quelque chose ou compléter quelque chose que t'as déjà dit ou...

160 IDE 2: Euh... nan mais revenir peut être ouais juste euh sur le prendre soin. Comme je disais initialement en fait de cet entretien...prendre soin c'est quelque chose de global tu vois mais ça, comme je disais ça, ça commence par un bonjour et un sourire et puis bah si les gens ils voient que tu...que tu fais tout ton possible pour les soulager, forcément ils te remercieront.

161 ESI: Ils auront de la reconnaissance.

162 IDE 2: Exactement. Et puis toi c'est...c'est toujours gratifiant en fait. Même que nous, nous qu'on nous dise merci, merci pour ce que vous faites et bah...oui c'est pour ça, c'est peut être pour ça que tu continues de le faire justement. Parce qu'on dit toujours ce qu'est mal mais quand les choses se passent bien c'est important aussi de le dire.

163 ESI: Bah oui c'est un métier humain avant tout, donc c'est vrai que ça fait toujours plaisir de la reconnaissance euh...ouais c'est vrai.

164 IDE 2: Ouais puis c'est ça et puis quand tu vois un animal souffrir tu te dis bah...on fait pas souffrir un animal donc pourquoi est ce qu'on ferait souffrir un humain? Donc voilà.

165 ESI: Ok super. Et ben merci beaucoup en tout cas...

166 IDE 2: Mais de rien, avec plaisir.

167 ESI: ...merci pour le temps accordé et pour tes réponses

168 IDE 2: Avec plaisir.

Annexe 5: Tableau d'analyse des entretiens

Notions	Thèmes	Sous-thèmes	IDE 1 (Clarisse)	IDE 2 (Julien)
Douleur	Composantes	Sensorielle		- "Ou les patients venaient des fois euh, avec des pics de douleur [...] douleur lombaire."(36)
		Affectivo-émotionnelle	"donc en fait toute la nuit il a été inconfortable"(49)	
		Comportementale	- "qui chauffe, qui n'est pas confortable, qui est polypnéique comme pas possible, il est tout transpirant" (43) - "tu le voyais sur son faciès, il était tout crispé [...] tu le voyais sur son faciès quoi. Il était pas bien, de par la fièvre déjà je pense [...] il respirait très vite quoi [...] ça montrait totalement qu'il était inconfortable. (47)	
		Cognitive		
	Types de douleur	Nociceptive	- " il s'était cogné la tête"(33)	- "Ou les patients venaient des fois euh, avec des pics de douleur [...] douleur lombaire."(36) - "En fait ils venaient là et c'était souvent ça qui décrivaient ça souvent comme des coups de couteau en fait."(38) - "Puis t'as ceux qui vont te dire, ils ont une petite écharde dans la main ils vont te dire qu'ils ont 10 sur 10 à l'EVA"(54) - "souvent il dit bah il compare ça à la douleur d'un, d'un accouchement quoi donc tu te dis ça peut être très, ça peut être super violent."(84)

				- “Donc voilà mais euh...moi ça s’est... toujours on va dire bien terminé, on arrive toujours à soulager ou alors, le temps des fois que... quand ils ont un, un ptit comment, leur petit caillou, quand ils ont commencé à le, à faire pipi et que voilà le, le petit caillou est parti, c’est, ils sont soulagé. Mais euh... ça va loin la souffrance et t’as l’impression que tu leur ampute un membre quoi.”(132)
		Neuropathique		
		Idiopathique		
		Psychogène		- “Puis c’est surtout la détresse. La détresse des gens.”(50) - “on voit le désespoir en fait sur leur visage”(50)
	Traiter la douleur	Evaluer la douleur	- “me dit qu’il est soulagé” - “on me le présente bien en gros, qu’il est confortable” (37) - “parce que moi je le trouve inconfortable”(51) - “vers 4h ou 5h du mat, pareil patient inconfortable, toujours la même chose”(51)	- “à l’hôpital de *** y’avait un protocole par rapport à ça”(40) - “Ca m’est déjà arrivé plusieurs fois, c’était souvent un peu pour les mêmes cas. Sur les mêmes cas de douleur aiguë, femme ou homme, du coup c’était un peu le même cas qui revenait, régulièrement.”(48) - “Et en fait tu le vois souffrir, tu te dit mais dites nous dites nous on peut faire des trucs pour vous.”(54) - “Puis euh...pour juger une douleur en fait il faut que t’ai mal, malheureusement. Sinon tu peux pas, déjà si t’as pas mal tu serais pas là.”(136)
		Hétéroévaluation	- “vous allez me dire ce que vous en pensez parce que vous le	- “Y’en a qu’ont vraiment mal et qui disent rien et y’en a

			<p>connaissez mieux que moi. Et il m'a dit effectivement il est inconfortable, il est pas bien du tout [...] parce qu'il était inconfortable quoi même son fils le disait"(51)</p> <p>- "je lui ai dit "il était confortable ou pas? quand il est parti?" elle m'a dit bah non pas du tout, il était pas du tout confortable, les médecins ils ont rien fait de plus."(63)</p>	<p>qu'ont je pense pas grand chose et qui voila, après tout le monde n'a pas la même notion de l'échelle de la douleur."(56)</p> <p>- " Puis t'as ceux qui vont te dire, ils ont une petite écharde dans la main ils vont te dire qu'ils ont 10 sur 10 à l'EVA et quelqu'un qu'a une réelle douleur et qui va pas se plaindre"(54)</p> <p>- "T'as les gens qui ont carrément leur place, qui souffrent le martyr et t'en a en fait qui pourraient très bien aller voir le médecin traitant et non quoi"(80)</p> <p>- "Alors c'est là aussi ou tu te dis euh, où s'arrête la euh, où va la douleur? Est ce que, c'est de la douleur physique, est ce que c'est de la douleur psychique?"(102)</p> <p>- "Mélange des deux on peut pas savoir des fois."(104)</p>
		Autoévaluation		<p>- "En fait ils venaient là et c'était souvent ça qu'ils décrivaient comme des coups de couteau en fait"(38)</p> <p>- "quelqu'un qui te dit 10 sur 10 en presque en souriant, et t'en a qui vont te dire 2 sur 10 en serrant les dents, voilà, y'a deux poids, deux mesures quoi."(58)</p> <p>-"souvent il dit bah il compare ça à la douleur d'un, d'un accouchement quoi donc tu te dis ça peut être très, ça peut être super violent."(84)</p>
		Approche médicamenteuse	<p>- "du Midazolam, de la morphine en pousse seringue électrique [...] qu'il chauffe plus avec le Paracétamol" (37)</p> <p>- "on a mis en place le Perfalgan" (47)</p> <p>- "le patient il était sous pousse seringue de Midazolam et de</p>	<p>- "Par exemple, on mettait d'entrée 2 mg à une patiente de morphine. [...] comme je te racontais bah y'a des périodes réfractaires donc, on peut pas non plus envoyer des milligrammes et des milligrammes comme ça. Y'a des</p>

morphine à 0,2 mg/h [...] En faisant un bolus de 1 mg de chaque produit donc 1 mg de morphine et 1 mg de Mida, on est passé de 0,2 à 0,3 mg/h” (47)

- “on augmente la dose de morphine, fin de Mida aussi et elle augmentait de 0,1 à chaque fois quoi”(49)
- “j’ai commencé ma nuit à 0,2 mg/h et j’ai fini à 1 mg/h”(55)
- “il me dit bah écoute tu lui refait de la morphine en bolus, tu augmentes les doses. On était à 1 mg/h, tu mets à 1 mg de morphine”(55)
- “En fait la gestion de la douleur pour des patients lambdas entre guillemets euh ou y a besoin de paracétamol, de spafon, acupan, tramadol, machin, ça c’est géré rapidement tu vois. C’est un truc qu’on fait tout le temps, les médecins ils ont pas peur de mettre en place.”(81)

périodes d’intervalles en fait entre les prises.”(40)

- “Et en fait bah tu, tu mettais la perfusion, tu mettais de la morphine, ça passait pas, donc du coup tu passais à... t’essayais de passer en plus, je sais pas moi de l’Acupan euh...et en fait des fois rien n’y fait en fait.”(48)
- “De différents... formes...des fois ta des différents paliers même mettre différents paliers ensemble, ça peut potentialiser euh, l’effet de euh...des antalgiques quoi.”(66)
- “elle avait de la morphine en IVSE, elle avait pour les soins, y’avait euh...le protoxyde d’azote, y’avait plein de trucs de mis, en plus en réanimation y’a la PCA, y’a tout hein”(100)
- “Parce que y’en a aussi ils veulent euh, ils sont...ils sont habitués à avoir des hautes doses et en fait ils veulent juste leur dose de médicaments quoi.”(104)
- “Tu vois la prochaine étape c’est quoi, c’est l’anesthésie.”(108)
- “ Euh, généralement, on arrive toujours quand même à soulager parce que je pense que c’est des fois une histoire de médicaments. Mais euh...en fait c’est plus une chronologie des faits, souvent on mettait morphine ça marchait pas parce qu’on suspectait par exemple une colique néphrétique. Et du coup après, les médecins ils voulaient pas mettre par exemple un...un anti-inflammatoire directement. Mais tu sais au final ce qui va marcher ça va être l’anti-inflammatoire. Souvent les patients tu leur met Kétoprofène...dans les dix minutes euh...[...] mais en fait souvent ils, les médecins ils le prescrivent pas en première intention.”(128)

		Approche non médicamenteuse	<p>- “il chauffait malgré la glace, on ouvrait la fenêtre, y’a rien qui allait”(55)</p>	<p>- “c'est c'est déjà dans la communication, la communication, le contact. Contact bah verbal et non verbal, déjà rien qu'un sourire...”(32)</p> <p>- “Après euh, c’est aussi essayer de trouver plein d’autres solutions, le positionnement du patient, des fois de mettre du froid, du chaud,...ce que lui ressent c’est, écouter ce que lui, tous ses, tous ses signes d’alerte en fait. Et des fois tu peux essayer de trouver des petites choses”(68)</p> <p>- “Bah déjà dans les positions, bien positionner tes patients, bien leur dire que si vous avez besoin vous n’hésitez pas à sonner, de toujours prévoir en fait euh, d’être prévoyant. Prévoyant et de jamais laisser un patient par exemple sans sonnette.”(142)</p>
Douleur non soulagée	Souffrance du patient		<p>- “moi je voudrais augmenter la morphine, il respire comme pas possible, il était à 40 ou 50 de fréquence respi fin tu vois c’est pas normal. Je voulais augmenter la sédation, fin Mida et la morphine pour un peu calmer sa polypnée”(47)</p> <p>- “donc en fait toute la nuit il a été inconfortable”(49)</p> <p>- “vers 4h ou 5h du mat, pareil patient inconfortable, toujours la même chose”(51)</p> <p>- “le patient bah qui souffrait clairement il souffrait, t’avais son faciès c’était n’importe quoi, il chauffait malgré les Perfalgan, la glace, on ouvrait la fenêtre y’ a rien qui allait”(55)</p> <p>- “pour un patient qui souffrait toujours après 12 heures de boulot”(57)</p>	<p>- “Y’en a plusieurs qui me viennent en tête hein. C’est souvent des patients, de souvenir c’est beaucoup plus avec, beaucoup plus non maîtrisée la douleur c’était aux Urgences. Ou les patients venaient des fois euh, avec des pics de douleur C’est souvent dans des phases aiguës. Euh, douleur lombaire euh... les femmes aussi qui venaient pour [...] des cystites ou des cholécystites...Infections urinaires ou des polynéphrites”(36-38)</p> <p>- “Donc c’était plus ça aux Urgences les grosses crises de douleur qui étaient non soulagées [...] par exemple on mettait d’entrée 2 mg à une patiente de morphine. Qui était non soulagée au bout de 5-10 minutes en fait [...] changer de catégorie, de molécule parce que y’en a des fois ça leur faisait strictement rien. C’est comme si tu lui injectait de l’eau.”(40)</p> <p>- “mais même en réanimation des fois t’a des gens euh...Là récemment on avait une jeune euh, moi je m’en suis pas</p>

				<p>occupée je sais plus ce qu'elle avait exactement mais euh, mes collègues me disait que c'était des, des doses de morphine mais...des doses à, mais à...de folie. Un dosage de fou et euh, elle avait toujours mal, toujours, toujours.”(98)</p> <p>- “elle avait de la morphine en IVSE, elle avait pour les soins, y'avait euh...le protoxyde d'azote, y'avait plein de trucs de mis, en plus en réanimation y'a la PCA, y'a tout hein, y'a, elle avait tout et elle avait, elle souffrait toujours le martyr.”(100)</p>
	Représentations IDE de la douleur	Cognitions prescriptives	<p>- “l'interne m'a autorisée à le faire mais à augmenter de 0,1 [...] en faisant un bolus de 1 mg de chaque produit donc 1 mg de morphine et 1 mg de Mida. [...] on est passé de 0,2 à 0,3 mg/h, ce qui n'est rien du tout non plus!” (47-49)</p> <p>- “fin ça m'a plus rassuré sur le fait qu'il fallait vraiment à chaque fois que j'appelle l'interne pour augmenter la dose parce qu'il était inconfortable quoi même son fils le disait. Et donc, voilà, et toute la nuit bah je l'ai passé auprès de ce patient à essayer de rassurer son fils en lui disant que là j'augmentais les doses petit à petit suivant ce que le médecin demandait, alors que moi j'étais pas du tout contente de cette prise en charge.”(51)</p> <p>- “je vais la chercher”x3 (55)</p> <p>- “je suis allée voir, j'ai appelé le senior...déchoc.”(55)</p> <p>- “Donc je vais voir les médecins du module B, euh un médecin très gentil, qui m'écoute et qui me dit “bah écoute je vais reprendre le dossier, c'est pas normal qu'il soit comme ça” OK. Bon entre deux je me fais engueuler par l'autre médecin, mais bon c'est pas grave.”(55)</p>	<p>- “Euh...donc voilà. Le, le patient non soulagé le problème c'était en fait de...qu'est ce qu'on pouvait faire nous de plus en tant qu'infirmier à part aller chercher le médecin” (42)</p> <p>- “En fait bah y'a rien d'autre à faire en fait c'est juste au niveau médical” (52)</p> <p>- “Donc du coup, euh...il va te prescrire autre chose. Et il va te faire une sorte de petit planning en fait en disant bah, à telle heure tu lui mets ça, à telle heure tu lui mets ça, telle heure, voilà sur le logiciel, tu dis bah, un truc pour qui y'est le, le patient il aie toujours une dose”(64)</p> <p>-”Tu travailles sur prescription et du coup bah ça s'arrête là.”(68)</p> <p>- “mais même en réanimation des fois t'a des gens euh...Là récemment on avait une jeune euh, moi je m'en suis pas occupée je sais plus ce qu'elle avait exactement mais euh, mes collègues me disait que c'était des, des doses de morphine mais...des doses à, mais à...de folie. Un dosage de fou et euh, elle avait toujours mal, toujours, toujours.”(98)</p>

			<p>- “donc en fait ça m’a soulé et donc j’ai appelé le cadre et euh je lui ai expliqué la situation.”(55)</p>	<p>- “elle avait de la morphine en IVSE, elle avait pour les soins, y’avait euh... le protoxyde d’azote, y’avait plein de trucs de mis, en plus en réanimation y’a la PCA, y’a tout hein, y’a, elle avait tout et elle avait, elle souffrait toujours le martyr.”(100) - “C’est presque toi le prescripteur au final. Parce que c’est eux, c’est leur code, c’est eux qui tapent mais, on est presque rendus à nous leur dire euh, leur dire quoi faire. Après, faut aussi...qu’ils apprennent mais...”(126) - “Mais c’est déjà, par exemple quand t’as un patient bah, qu’a mal, bah déjà, par exemple vérifier qu’il a une voie d’abord qui passe nickel. Parce qu’en fait si elle passe pas bien [...]si t’es sur que par exemple si t’es sur de ta voie d’abord euh, bah tu sais que dès que tu vas mettre quelque chose ça va forcément bien passer quoi. On en voit des fois des cathlons coudés”(150-152)</p>
		<p>Cognitions évaluatives</p>	<p>- “moi je voudrais augmenter la morphine, il respire comme pas possible, il était à 40 ou 50 de fréquence respi fin tu vois c’est pas normal. Je voulais augmenter la sédation, fin Mida et la morphine pour un peu calmer sa polypnée”(47) - “j’ai appelé à plusieurs reprises l’interne” [...] c’était chiant parce que en fait passer 12 heures à appeler son interne parce qu’elle a peur de la morphine”(49) - “donc j’appelle l’interne 2,3,4,5,6 fois, elle me répond pas” (51) - “pas de réponse, ça me raccroche au nez quoi”(53)</p>	<p>- “Donc t’es obligé d’aller chercher les médecins.”(40) - “Le patient non soulagé le problème c’était en fait...qu’est ce qu’on pouvait faire nous de plus en tant qu’infirmier à part aller chercher le médecin. C’était déjà d’aller voir le médecin et d’essayer de lui décrire la situation”(42) - “donc des fois c’est un peu la bagarre avec les médecins. C’est d’essayer de leur faire comprendre la douleur des gens. Et d’aller aussi les prendre par la main parce que notre rôle c’est aussi le prendre soin, c’est aussi d’aller voir le médecin et</p>

- "Pour un patient bah, qui souffrait toujours après 12 heures de boulot..."(55)

- "En fait la gestion de la douleur pour des patients lambdas entre guillemets euh ou y a besoin de paracétamol, de spafon, acupan, tramadol, machin, ça c'est géré rapidement tu vois. C'est un truc qu'on fait tout le temps, les médecins ils ont pas peur de mettre en place, fin tu vois différents paliers mais c'est la fin de vie ou là y' a plus personne. Ils savent plus quoi faire."(81)

- "j'ai jamais euh, re vécu cette situation là ou j'avais un patient en fin de vie, mais je pense que si c'est le cas et ben, là par contre je serais euh, beaucoup, plus, je serais, fin si le médecin est très frileux, je pousserais encore plus le médecin dans ses retranchements parce que moi bah j'accepterais pas une deuxième fois qu'il y ait encore une prise en charge comme ça avec moi comme infirmière."(81)

d'aller lui faire constater les faits parce que y'en a ils vont pas te croire où ils vont minimiser la chose" (44)

- "Mais moi qu'ai un peu de bouteille et connaissant déjà les médecins dans le service en fait bah, des fois faut aller percuter quoi."(46)

- "Bah...moi j'étais allé voir le, le médecin en fait et euh...en lui disant nan mais euh là ce qu'on est en train de lui mettre en place c'est pas, c'est pas suffisant ou alors c'est pas, il faut compenser avec quelque chose d'autre ou alors faut...Donc du coup c'est euh...aller voir le médecin, lui dire nan, écoute tu viens avec moi comme ça tu vois de tes propres yeux euh, parce que en fait aux Urgences par exemple, ils viennent, des fois ils vont voir un peu le patient et ils passent à un autre."
 "(62)

- "Tu vois, tu, ils reviennent pas souvent voir les patients. Des fois t'es obligé de prendre le médecin par la main et lui dire, voilà, de venir constater nan mais la faut faire autre chose. Donc du coup lui, par contre là...lui souvent, bah, il a entre guillemets pas le choix"(64)

-"Parce qu'en fait t'as beaucoup de travail, tu peux pas faire du bon travail...tu, tu bah là comme au niveau de la douleur des fois bah tu laisses les gens parce que, des fois, pas le choix. Tu laisses les gens avoir mal..."(76)

- "donc c'est à pas minimiser mais ça passe encore aujourd'hui à la trappe quoi. C'est ça que tout le monde euh, tout le monde est pas forcément bien soulagé"(84)

- "Si y'a peu de personnes, si t'arrives à 5 heures du matin que y'a pas beaucoup de monde, là t'a du monde pour la prise en charge, voilà t'as le médecin il est beaucoup plus disponible, il peut aller voir beaucoup plus les patients parce que y'en a

				<p>moins. Mais des fois en fin de journée quand ça entre guillemets, quand ça dégueule de partout... Y'a des brancards dans tous les sens, bah tu peux pas faire du bon travail.”(84-86)</p> <p>- “même les médecins ils étaient...ils en étaient désolés parce qu'en fait les limites s'arrêtaient là quoi y'a un moment sinon, sinon on vous, on vous endort quoi.”(106)</p> <p>- “certains médecins tu vas les voir, tu dis par contre j'aimerais bien que tu reviennes là, ok je viens. Parce que si tu me le demandes, c'est que y'a nécessité.”(116)</p> <p>- “Carrément parce que quand t'es aide-soignant en fait et que tu vois les gens avoir mal, tu dis mais attendez je vais chercher l'infirmier, là c'était facile mais quand c'est toi, quand c'est toi qui te retrouve en fait, à faire les soins, à injecter les médicaments, t'es de l'autre côté de la barrière c'est pas pareil en fait.”(142)</p>
		Cognitions descriptives	<p>- moi je voudrais augmenter la morphine, il respire comme pas possible, il était à 40 ou 50 de fréquence respi fin tu vois c'est pas normal. Je voulais augmenter la sédation, fin Mida et la morphine pour un peu calmer sa polypnée”(47)</p> <p>- “la honte c'est plus pour euh les médecins qui ont... j'avais honte pour eux quoi. Fin vraiment d'avoir fait une prise en charge pareille, de pas écouter, euh ce que je leur disais, de pas...fin de voir un patient souffrant et de se dire “oh bah ça va il est bien” mais comment ça il est bien? Fin non on est deux à te le dire, le fils</p>	<p>- “Faut aller prendre les médecins par la main, de venir constater les choses, nan on peut pas laisser la dame comme ça”(46)</p> <p>- “En fait tu mettais la perfusion, tu mettais de la morphine, ça passait pas, donc du coup tu passais à...t'essayais d'en passer plus, je sais pas moi de l'Acupan et en fait des fois rien n'y fait en fait. La douleur elle était telle que...Donc du coup bah, la, la finalité c'était toujours en fait de euh, prendre un médecin</p>

est là aussi il te le dit, fin non il est pas bien!”(67)
- “déjà c’est déjà bien ils mettent en place la seringue de mida et la seringue de morphine, mais par contre ils sont à des doses ridicules quoi, ridicules. Après pour certains patients, ces doses là suffisent mais pour d’autres ça suffit pas et donc bah là faut augmenter en fait”(77)
- “Toute façon en fait, c’est horrible ce que je vais dire mais dans tous les cas ils vont mourir. Donc autant qu’ils meurent confortablement et apaisés en augmentant la morphine plutôt que euh, les laisser mourir en souffrance, fin moi je trouve ça, fin tu vois le rapport, fin entre les deux options y en a une qui penche plus que l’autre. Fin c’est... fin les médecins je sais pas... ils sont pas, pensent pas pareil.”(79)

par la main nan mais écoute vient là, là c’est pas suffisant, vient voir quoi.”(47)
- “Puis c’est surtout la détresse. La détresse des gens. Tu leur dit bah oui mais je vous ai déjà mis 2 mg, ouais mais mettez moi autre chose, bah je peux pas... et rien que de leur dire je peux pas, on voit le désespoir en fait sur leur visage et en fait euh... c’est que... putain des fois tu bottes un peu en touche tu dis bah... je reviens dans cinq minutes pour voir et en fait tu sais que ça va pas le faire. Mais du coup tu te caches un peu derrière ça.”(50)
- “Ouais, toi, toi ça vient te bousculer aussi parce que des fois tu, par exemple t’a pas un médecin sous le, sous la main tout de suite, bah tu leur dit bah attendez encore un peu ça peut peut être agir mais tu sais que ça va pas forcément le faire. Et du coup bah, t’essayes un peu de... la facilité ce serait un peu de fuir en fait et d’esquiver, tu vois, les patients. Mais tu peux pas les laisser dans cet état.”(52)
- “Tu te sens mal et tu... tu te dis putain mais qu’est ce que je pourrait faire d’autre? T’essayes d’inventer dix milles trucs dans ta tête en disant putain mais qu’est ce je pourrait faire d’autres quoi?”(52)
- “Après euh, c’est aussi dans, essayer de trouver plein d’autres solutions, le positionnement du patient, le, des fois de mettre euh, du froid, du chaud, de... ce que lui ressent c’est, écouter, euh, écouter ce que lui, tous ses, tous ses signes d’alerte en fait. Et des fois tu peux essayer de trouver des petites choses”(68)
- “certains signes cliniques qu’ils ont, tu sais, tu sais à peu près même sans être médecin, tu, tu diagnostiques à peu près le, ce qu’ils peuvent avoir et tu sais les effets que ça peut avoir.”(80)

				<p>- “Bah voilà c’est euh...fin tu te dis je vais pas y aller euh...parce que t’as pas envie de, t’as pas envie de te faire entraîner là dedans, je sais pas c’est bizarre comme sensation, mais euh...c’est presque de la fuite en fait.”(92)</p> <p>- “Donc en fait c’est...je sais pas si c’est instinctif mais c’est...c’est un peu te cacher quoi tu vois, de rester derrière la porte et pas, pas laisser la porte ouverte c’est presque te protéger quoi.”(94)</p> <p>- “Alors c’est là aussi ou tu te dis euh, où s’arrête la euh, où va la douleur? Est ce que, c’est de la douleur physique, est ce que c’est de la douleur psychique?”(102)</p> <p>- “Ouais on va dire que les grosses phases aiguës de douleur c’était souvent ça les coliques néphrétiques. Ouais, souvent tôt le matin, au réveil. Mais euh, nan, nan ça s’est toujours euh...on va dire relativement bien fini mais euh...c’est arrivé, ça arrive, ça arrivera encore...mais c’est, je sais pas si y’a vraiment de solutions après, tu peux pas, pas de médicaments miracle, tu peux pas, tu peux pas mettre n’importe quelle dose à n’importe qui.”(134)</p> <p>- “ Sur les cas suivants, ouais carrément parce que, bah des fois tu vas chercher le médecin plus vite, parce que du coup tu te dis bah...une fois je me souviens tel épisode on avait perdu du temps sur les soins du patient, sur ce coup là on peut faire que mieux donc euh, forcément ça influence et t’a envie de...t’as envie de soulager beaucoup plus, les douleurs des patients et puis même en réa, moi, depuis ces épisodes par exemple là de, où c’était difficile aux urgences de, de contenter les gens euh, bah t’essayes toujours de faire mieux.”(142)</p>
--	--	--	--	--

				<p>- “Donc forcément ça joue, ça, en fait, ça te fait acquérir de l’expérience. C’est en fait c’est des situations comme ça euh, plus ou moins négatives en fait”(146)</p> <p>- “Ca te fait évoluer dans ta, dans ta démarche, dans ta réflexion, et du coup t’essayes de mettre en place des automatismes, voilà pour plus, pour éviter que ça arrive”(148)</p> <p>- “Ouais puis ça te, ça te favorise ton expérience, puis tout ce que t’as déjà fait, tout ce que t’as déjà vu, tout ce que t’as déjà euh, vécu, ce qu’est arrivé en bien t’a envie que ça revienne mais ce qu’est arrivé en négativement en fait euh...t’essayes que ça arrive le moins possible donc forcément tu mets des choses, tu mets des choses en place après des fois c’est instinctif, tu réfléchis même pas.”(150)</p>
Posture soignante	Compétence infirmière	Savoir agir	- “beaucoup d’écoute, être attentif aussi, à tout”(21)	<p>- “parce que notre rôle c’est aussi le prendre soin, c’est aussi d’aller voir le médecin et d’aller lui faire constater les faits parce que... y’en a ils vont pas te croire où ils vont... Ils vont un peu minimiser la chose. Donc euh, c’est aussi le rôle infirmier, c’est aussi ça”(44)</p> <p>- “ je sais que c’est pas facile quand on est jeune DE. Mais moi qu’ai un peu de bouteille et connaissant déjà les médecins dans le service en fait bah, des fois faut aller percuter quoi.”(46)</p>

		<p>Vouloir agir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “avoir de la patience”(21) - “faire les changements de positions, faire des massages, faire une toilette souvent en début de nuit, une petite toilette quoi histoire de rafraîchir et qu’ils se sentent bien pour la nuit, c’est pas qu’on les touchait moins mais c’est juste qu’on les mobilisait moins pour qu’ils soient au maximum reposés quoi.”(37) - “Je lui dis moi je voudrais augmenter la morphine, il respire comme pas possible [...] je voulais augmenter la sédation, enfin le Mida et la morphine pour un peu calmer sa polypnée.”(47) - “j’ai appelé à plusieurs reprises l’interne”(49) - “j’essaye de tout faire pour qu’il se sente mieux”(51) - “Je lui ai dis que l’interne m’avait pas répondu, que j’étais obligée d’aller chercher un autre médecin, que l’autre médecin, bah malgré sa bonne volonté, il soulageait, ça soulageait pas le patient pour autant.”(55) 	<ul style="list-style-type: none"> - “Donc t’es obligé d’aller chercher les médecins [...] on était obligés d’aller voir les médecins.”(40) - “C’était déjà d’aller voir le médecin et d’essayer de lui décrire la situation”(42) - “La douleur elle était telle que... Donc du coup bah la finalité c’était toujours en fait de prendre un médecin par la main nan mais écoute vient là, là c’est pas suffisant, vient voir quoi.”(48) - “Leur rôle c’est ça et, notre rôle c’est d’aller les prévenir. En fait, si tu préviens pas tu pourras jamais soulager la patiente ou le patient quoi.”(50) - “Des fois tu vas avoir trop de patients. T’as trop d’affluence donc du coup faut que t’aïlles aussi voir tout le monde, mais du coup tu peux pas tout faire en même temps. C’est là en fait que les limites, le manque de personnel, le manque de médecins, le, le...la surprésence en fait de patients. Et en fait tu te retrouves des fois un peu noyé si t’es pas organisé tu te retrouves mais carrément noyé”(54) - “moi chaque fois c’est, c’est le l’impuissance en fait, le...l’impuissance de...rien pouvoir faire d’autre. Après de... de, de mal-être en fait, euh, tu te dis la personne elle souffre et tu peux, tu peux rien faire en fait, tu te sens gêné en fait. Tu te sens gêné parce que bah c’est... la limite de ton, de ton métier elle est là quoi.”(68) - “Tu te dis bah...la surpopulation à l’hôpital, aux Urgences, du coup tu peux pas bien prendre en charge tout le monde. Donc au final t’as l’impression de bosser moyen tout le temps. De...de, jamais faire des soins de qualité...”(70)
		<p>Pouvoir agir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “avoir les qualités aussi un peu théoriques [...] il faut connaître pas mal de choses quand même”(27) 	<ul style="list-style-type: none"> - “Donc voilà c’est plein de petites choses en fait où...c’est plein de petites choses que tu, que t’acquiert avec l’école, avec

			<ul style="list-style-type: none"> - “t’a les qualités plus théoriques que la t’apprends du coup à l’école et sur le tas aussi quand t’es infirmière” (31) - “toute la nuit je l’ai passé auprès de ce patient à essayer de rassurer son fils en lui disant que là j’augmentais les doses petit à petit suivant ce que le médecin demandait”(51) - “donc j’appelle l’interne 2,3,4,5,6 fois, elle me répond pas.”(51) - “ça m’a soulé donc j’ai appelé le cadre et je lui ai expliqué la situation 	<p>les stages, avec le, le boulot, quand tu commences à travailler, avec des, c’est des situations là en fait qui te font grandir.”(154)</p>
		<p>Compétences relationnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “être attentif au non-verbal” - “parce que les gens disent des choses mais des fois leurs corps montrent le contraire”(21) - “y’en a qui vont parler, d’autres qui vont pas parler. D’autres qui ont des handicaps, donc forcément la communication sera pas la même”(25) 	<ul style="list-style-type: none"> - “c’est déjà dans la communication, la communication, le contact. Contact bah verbal et non verbal, déjà rien qu’un sourire...”(30) - “c’est pas que écouter ton patient, c’est aussi le regarder, c’est surtout ça quoi. “(60) - “Y’en a qu’ont vraiment mal et qui disent rien et y’en a qu’ont je pense pas grand chose et qui voila, après tout le monde n’a pas la même notion de l’échelle de la douleur.”(56) - “du coup bah c’est toi qui te retrouve un peu plus sur le devant de la scène et c’est, c’est pas facile en fait de...c’est de la communication aussi avec le patient.”(142) - “ revenir peut être ouais juste euh sur le prendre soin. Comme je disais initialement en fait de cet entretien...prendre soin c’est quelque chose de global tu vois mais ça, comme je disais ça, ça commence par un bonjour et un sourire et puis bah si les gens ils voient que tu...que tu fais tout ton possible pour les soulager, forcément ils te remercieront.”(160)

		Raisonnement clinique	- “si tu connais pas [...] si tu sais pas pourquoi tu prends en soin ce patient là, pourquoi tu fais certains soins, bah forcément ça va pêcher un moment”	
	Identité professionnelle		- “des qualités qui sont propres à chacun [...] les qualités humaines” (31) - “je finissais mon tour par les fins de vie, parce que je voulais avoir le maximum de temps avec eux et prendre soin d’eux au maximum en fait”(37) - “oui ça prends plus de temps un patient en fin de vie que un patient, mais peut être parce que c’est moi aussi qui veut prendre plus de temps avec eux”(41) - “Ca après je sais pas si d’autres font pareil, mais moi en tout cas je veux prendre plus de temps avec eux”(43)	- “notre rôle c’est d’aller les prévenir.”(50)
	Valeurs	- Ecoute - Confiance - Respect	- “de la patience [...] ça c’est le principal on va dire après y’a d’autres qualités et d’autres choses qui faudrait avoir mais je trouve que le principal, c’est ça pour moi”(23) - “je suis désolée que vous le retrouviez comme ça”(51) - “j’étais pas du tout contente de cette prise en charge”(51) - “faut préserver la famille”(95)	
	Emotions	- Expression faciale, vocale - Comportement et posture	“j’étais pas très contente du fait de le retrouver comme ça”, “je vois un patient totalement souillé, pas à l’aise alors qu’on vient de me dire il est bien, il est confortable...ça m’énerve!”(45) - “Ca m’énerve, mais bon le principal c’est qu’on soient arrivées avec l’aide-soignante”(47) - “je suis devenue folle, vraiment je suis devenue folle”(55)	- “Et en fait, d’être impuissant, de rien pouvoir leur proposer d’autre et bah moi ça m’est déjà arrivé de me sentir mal en fait. Tu te sens mal et tu...tu te dis putain mais qu’est ce que je pourrait faire d’autre?”(52) - “moi chaque fois c’est, c’est le l’impuissance en fait, le...l’impuissance de...rien pouvoir faire d’autre. Après de...

		<p>- “ça m’a fait péter un plomb”(55) - “j’étais pas du tout contente de moi. Pas du tout contente de ma prise en charge”(55) - “franchement c’était dur. Quand je suis rentrée chez moi j’étais pas très bien, pas bien du tout.” “J’étais pas bien”(57-59) - “c’était la première fois que ça m’arrivait de gérer un truc aussi merdique dans le sens où j’avais l’impression de pas être écoutée. J’avais l’impression qu’ils s’en foutaient en fait de ce patient là”(59) - “franchement j’étais super énervée de la situation” (65) “de l’énervement, de la tristesse, de la honte, je trouve que c’est la honte, c’est pas plus pour moi la honte, la honte c’est plus pour les médecins...j’avais honte pour eux quoi.”(67) - “de savoir qu’il était parti dans la souffrance, moi ça m’a rendue folle quoi.”(67)</p>	<p>de, de mal-être en fait, euh, tu te dis la personne elle souffre et tu peux, tu peux rien faire en fait, tu te sens gêné en fait. Tu te sens gêné parce que bah c’est... la limite de ton, de ton métier elle est là quoi.”(68) - “Mais ça vient, ça vient bousculer hein. Ca vient bousculer, après y’en a je sais pas pour euh, pour certains mais je pense que y’en a que ça leur, peut être ça leur fait rien, mais ça dépend aussi de ton caractère quoi, de...”(72) - “Ah oui clairement, clairement je suis rentrée des fois dans ma voiture après ma journée de boulot j’avais envie de hurler hein. Je dis putain j’ai fais de la merde hein. J’ai carrément, on a travaillé, j’ai fait de la merde aujourd’hui. Oui, oui mais carrément, c’est ce que je te dis ça c’est, d’avoir fait de la merde.”(74) - “Mais c’est ça et puis bah t’es énervé parce que euh, t’as pas fait des bons soins de qualité, t’a certains aussi, patients qui sont pas forcément très agréables aussi qui t’énervent, moi je suis plutôt quelqu’un de posé et en fait, travailler aux Urgences ça m’a a moitié bousculé dans le fait que...bah tu deviens irritable.”(76) - “t’as presque honte en fait”(92)</p>
Prendre soin	Reconnaître le patient comme sujet	<p>- “la relation de confiance, elle est totalement différente entre chaque patient”(25) - “les patients ils ont besoin d’être rassurés. Peu importe quel patient c’est. [...] qu’importe quel patient c’est, le patient il a</p>	<p>- “prendre soin déjà, c’est de l’humain premièrement [...] Moi je vois ça souvent comme si, le patient je l’imagine, comme si c’était quelqu’un de ma famille en fait. Je me dis comment j’aimerais bien que quelqu’un de ma famille soit soigné? [...]</p>

			<p>besoin d'être rassuré"(27)</p> <p>- " le patient il a le droit aussi à une mort paisible, à une mort sans douleurs et puis moi je me disais si c'était quelqu'un de ma famille mais je serais folle! Mais à la place du fils [...] du fils qu'était présent, mais moi j'aurais péché un scandale hein!" (59-61)</p>	<p>travailler de la meilleure des manières en fait, et d'essayer que eux soient dans les meilleures conditions. Et d'être toujours disponible pour eux en fait" (22)</p> <p>- "Exactement, c'est comme si toi tu vas dans n'importe quel commerce en fait si on te dit pas bonjour, on te fait pas un sourire, bah t'as envie de, t'as juste envie de quitter l'établissement quoi."(34)</p> <p>- "Puis c'est surtout la détresse. La détresse des gens."(50)</p> <p>- " revenir peut être ouais juste euh sur le prendre soin. Comme je disais initialement en fait de cet entretien... prendre soin c'est quelque chose de global tu vois mais ça, comme je disais ça, ça commence par un bonjour et un sourire et puis bah si les gens ils voient que tu... que tu fais tout ton possible pour les soulager, forcément ils te remercieront."(160)</p>
	<p>La relation soignant-soigné</p>		<p>- "je pense qu'il faut créer une relation de confiance avec les patients [...] mais faut quand même créer une relation de confiance, pour moi ça part de là la prise en soins parce que si tes patients ils ont pas confiance en toi et ben ça va être compliqué pour la suite"(25)</p> <p>- "Quand y a la famille forcément ça prenait plus de temps parce que tu restais un peu plus de temps, expliquer comment ça allait se passer, ce que je faisais comme soins"(41)</p>	<p>- "le premier accueil, le premier prendre soin, c'est ça déjà, c'est de dire bonjour aux gens, je suis untel, j'ai tel statut, je suis là pour telle chose, pour les soins..."(22)</p> <p>- "...c'est hyper important."(24)</p> <p>- "Et moi ça fait des années que je vois ça, que un patient qui n'a pas été bien accueilli, c'est un patient qui n'a pas été bien accueilli, c'est un patient qui va être assez plaintif en fait, c'est pas abouti. En fait, si y'a pas déjà eu l'accueil et le sourire en fait souvent tu vas voir, il se braque. En fait, il se referme un peu sur lui-même. Sauf que s'il a été bien accueilli euh, par toute l'équipe avec un sourire, bienvenue dans ce service, on vous explique les choses pour ce, que ce pourquoi vous êtes là, ce qu'on va vous faire. Mais en fait le patient la après tu peux en faire ce que tu veux quoi."(24)</p>

				<p>- “c’est exactement ou je voulais en venir, c’est que la confiance ça va s’installer automatiquement et moi j’essaye vraiment d’être irréprochable au premier contact. Et toujours moi, c’est ma façon de faire, c’est d’essayer de ramener un petit peu d’humour en fait parce que en réanimation, c’est pas des pronostics forcément très engageants, mais d’essayer d’amener un petit peu d’humour, de détendre l’atmosphère, voilà”(28)</p> <p>- “Et le prendre soin pour moi il commence à passer par là même avant de faire une piqûre, même avant de poser une perfusion de, c’est c’est déjà dans la communication, la communication, le contact. Contact bah verbal et non verbal, déjà rien qu’un sourire...”(30)</p> <p>- “ Voilà le sourire et la relation de confiance et déjà le patient il va se détendre en fait.”(32)</p> <p>- “t’as une confiance euh, des fois entre patients et soignants”(118)</p> <p>- “Et puis toi c’est...c’est toujours gratifiant en fait. Même que nous, nous qu’on nous dise merci, merci pour ce que vous faites et bah...oui c’est pour ça, c’est peut être pour ça que tu continues de le faire justement. Parce qu’on dit toujours ce qu’est mal mais quand les choses se passent bien c’est important aussi de le dire.”(162)</p>
	Positionnement infirmier face à un patient non soulagé		<p>- “je voulais pas que la famille arrive et voit un patient inconfortable comme ça.”(47)</p> <p>- “Donc l’interne me dit : “bah écoute, je vais venir le voir,...” Donc elle vient le voir et euh, elle, elle le trouve pas trop</p>	<p>- “le patient non soulagé le problème c’était en fait de...qu’est ce qu’on pouvait faire nous de plus en tant qu’infirmier à part aller chercher le médecin. [...] ils sont sur autre chose, ils veulent pas trop qu’on les dérange. Ça va prendre euh, je sais</p>

mal...Avec l'aide soignante on était pas du tout d'accord.”(47)

- “Je lui dis moi je voudrais augmenter la morphine, il respire comme pas possible [...] je voulais augmenter la sédation, enfin le Mida et la morphine pour un peu calmer sa polypnée.”(47)

- “quand c'est des patients en fin de vie et qu'ils sont inconfortables et pour même n'importe quel patient, je passe souvent voir comment ça va, si ils sont toujours douloureux”(49)

- “c'était chiant parce que en fait passer 12 heures à appeler son interne parce qu'elle a peur de la morphine, le problème aux Urgences en fait c'est qu'ils sont très frileux de la fin de vie, très frileux de la morphine, du Mida, enfin voilà ils savent pas faire, ils sont pas formés pour”(49)

- “ça m'a plus rassuré sur le fait qu'il fallait vraiment à chaque fois que j'appelle l'interne pour augmenter la dose”(51)

- “Je transmettais un patient inconfortable, qui pouvait partir à la minute, en étant souffrant, en étant pas bien et ça, ça me rendait folle, mais folle! [...] la douleur c'est hyper important quoi! Si on demande la douleur à chaque fois qu'on voit un patient c'est bien pour quelque chose! C'est pour agir face à ça! Et là y'avait aucune réaction, alors que en soins palliatifs ils mettent des doses à 20 mg/h”“(55)

- “c'était inadmissible de voir un truc comme ça”(61)

- “de savoir qu'il était parti dans la souffrance, moi ça m'a rendue folle quoi”, “c'est notre rôle et j'ai pas su le faire quoi!”(67)

- “le patient il a le droit aussi à une mort paisible, à une mort sans douleurs et puis moi je me disais si c'était quelqu'un de ma famille mais je serais folle! Mais à la place du fils [...] du fils qu'était présent, mais moi j'aurais péti un scandale hein!” (59-61)

- “franchement j'étais super énervée de la situation et je trouvais pas ça normal. Franchement c'était pas normal du tout.”(65)

pas attends encore dix minutes voir si il est soulagé. Bah je dis bah non ...ça fait déjà dix minutes et elle hurle encore à la mort”(42)

- “donc des fois c'est un peu une bagarre avec les médecins quoi. C'est essayer de leur faire comprendre la douleur des gens.”(44)

- “Faut aller comme je dis prendre les médecins par la main, de venir constater les choses, nan on peut pas laisser la dame comme ça. Je dis si c'était quelqu'un de ta famille tu le laisserais pas comme ça.”(46)

- “Faut pas trop leur laisser le choix au final.”(50)

- “moi chaque fois c'est, c'est le l'impuissance en fait, le...l'impuissance de...rien pouvoir faire d'autre. Après de... de, de mal-être en fait, euh, tu te dis la personne elle souffre et tu peux, tu peux rien faire en fait, tu te sens gêné en fait. Tu te sens gêné parce que bah c'est... la limite de ton, de ton métier elle est là quoi.”(68)

- “Les gens, tu, tu te robotises en fait euh, dans ces moments là. Parce qu'au final euh, tu vois les gens cinq minutes euh, toutes les...tu vas voir quelqu'un, le temps que tu regardes tout le monde, la personne que t'es allé voir euh, je sais pas en premier, tu, des fois tu vas la revoir que deux heures après. Tu te dis bah c'est pas génial quoi.”(72)

- “Mais c'est dur hein, c'est dur de voir les gens comme ça quoi”(80)

- “Et ça percute hein, après oui euh, moi je, je ramène pas ça à la maison, moi ça, quand je quitte à peu près le, l'hôpital j'y repense pas mais ça m'arrive des fois en remontant dans ma voiture de, de me refaire un peu la journée et de dire nan mais là c'était, c'était pas possible quoi. “(88)

- “d’avoir fait une prise en charge pareille, de pas écouter, ce que je leur disais, de voir un patient souffrant et de se dire “oh bah ça va il est bien” mais comment ça il est bien? Fin non on est deux à te le dire, le fils est là aussi il te le dit, fin non il est pas bien!”(67)

- “déjà c’est déjà bien ils mettent en place la seringue de mida et la seringue de morphine, mais par contre ils sont à des doses ridicules quoi, ridicules. Après pour certains patients, ces doses là suffisent mais pour d’autres ça suffit pas et donc bah là faut augmenter en fait.”(77)

- Toute façon en fait, c’est horrible ce que je vais dire mais dans tous les cas ils vont mourir. Donc autant qu’ils meurent confortablement et apaisés en augmentant la morphine plutôt que, les laisser mourir souffrance, fin moi je trouve ça, fin tu vois le rapport entre les deux options y en a une qui penche plus que l’autre. Fin c’est... fin les médecins je sais pas... ils sont pas, pensent pas pareil.”(79)

- “donc j’ai jamais re vécu cette situation là ou j’avais un patient en fin de vie, mais je pense que si c’est le cas et ben, là par contre je serais beaucoup plus, si le médecin est très frileux, je pousserais encore plus le médecin dans ses retranchements parce que moi bah j’accepterais pas une deuxième fois qu’il y ait encore une prise en charge comme ça avec moi comme infirmière.”(81)

- “j’ai jamais dit par contre au fils que la gestion de sa douleur à son père était mal gérée. Je lui ai jamais dit parce que bah on est une équipe malgré qu’on soit pas d’accord sur le principe, on est quand même une équipe et pour moi c’est pas bien de dénigrer ce qui a été fait par le médecin tu vois, ou par un autre collègue. Si l’aide soignante elle a fait je sais pas quoi, autre chose, j’aurais jamais dit bah c’est pas bien.” (91)

- “Ouais puis c’est la détresse des gens en fait ce qu’ils te disent des fois. Ils te disent, ils te disent nan mais aidez moi, aidez moi! C’est...c’est comme quelqu’un qui se noie et même toi si tu sais pas nager tu vas pas aller.”(90)

- “De fuir. Fuir en fait ça te protège mais ça règle rien.”(96)

- “ça peut protéger mais euh ça n’arrangera jamais, ça peut pas arranger la situation puis c’est pas la bonne manière de faire. C’est vraiment pas la bonne manière. Mais euh...mais c’est frustrant hein”(98)

- “Prévoyant et de jamais laisser un patient par exemple sans sonnette. Tu vois c’est con mais un patient qu’est intubé si il a mal, si il arrive, si il a pas la sonnette par exemple pour sonner... [...] Bah tu peux attendre 3 jours, il te dira jamais hein.” (142-144)

- “Ouais puis c’est ça et puis quand tu vois un animal souffrir tu te dis bah...on fait pas souffrir un animal donc pourquoi est ce qu’on ferait souffrir un humain? Donc voilà.”(164)

	Émotions du patient non soulagé	<ul style="list-style-type: none"> - Expression faciale, vocale - Comportement et posture 	<ul style="list-style-type: none"> - “qui chauffe, qui n’est pas confortable, qui est polypnéique comme pas possible, il est tout transpirant” (43) - “tu le voyais sur son faciès, il était tout crispé [...] tu le voyais sur son faciès quoi. Il était pas bien, de par la fièvre déjà je pense [...] il respirait très vite quoi [...] ça montrait totalement qu’il était inconfortable. [...] Il respire comme pas possible, il était à 40 ou 50 de fréquence respi, tu vois c’est pas normal.” (47) 	<ul style="list-style-type: none"> - “ça fait déjà dix minutes et elle hurle encore à la mort”(42) - “Un dosage de fou et euh, elle avait toujours mal, toujours, toujours.”(98) - “elle avait tout et elle avait, elle souffrait toujours le martyr.”(100) - “Elle avait mal tout le temps, tout le temps”(104) - “C’est 10 sonnettes par heure, 10-15 sonnettes par heure euh, à dire j’ai mal j’ai mal”(106)
Autres	Fin de vie brutale		<ul style="list-style-type: none"> - “le secteur UHCD [...] des fois t’a pas mal de patients en fin de vie. Là y’avait un patient en fin de vie, un monsieur [...] je crois qu’il avait chuté, il s’était cogné la tête et du coup il avait un hématome sous dural, il répondait plus du tout, il était Glasgow 3” (33) - “il me répondait plus, ça c’était sur de toute façon”(47) 	
		La gestion de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - “quand y’a la famille forcément ça prenait plus de temps parce que tu restais un peu plus de temps, expliquer comment ça allait se passer, ce que je faisais comme soins, la famille a besoin de beaucoup parler donc forcément on est là pour ça.”(41) - “je sais que la famille vient”(49) - “le fils arrive je sais plus vers 22-23h [...] je lui dis avant qu’il rentre je suis désolée que vous le retrouviez comme ça parce que 	

			<p>moi je le trouve inconfortable”(51) - “son fils surtout qui nous disait il est inconfortable j’ai pas envie de le voir comme ça”(55)</p> <p>- “C’est que j’avais pas envie que le fils se dise mon père part pas bien, les médecins ont rien fait pour. Moi je voulais que la famille se sente pas, que y’ai pas un truc à rajouter dans la fin de vie de leur père, moi je trouvais pas ça bien. Peut être que y’en a qui le diront mais moi c’est pas ma vision des choses.”(93)</p>	
		<p>Positionnement infirmier face à la fin de vie</p>	<p>- Toute façon en fait, c’est horrible ce que je vais dire mais dans tous les cas ils vont mourir. Donc autant qu’ils meurent confortablement et apaisés en augmentant la morphine plutôt que, les laisser mourir en souffrance, fin moi je trouve ça, fin tu vois le rapport entre les deux options y en a une qui penche plus que l’autre. Fin c’est... fin les médecins je sais pas...ils sont pas, pensent pas pareil.”(79)</p> <p>- “Puis ce jour-là je me suis surtout dit en fait j’aime bien prendre soin des patients en fin de vie. C’est un truc quand j’étais étudiante qui me plaisait pas, moi j’aime pas m’occuper des gens qui sont là depuis longtemps où tu vois la tristesse de la famille, moi ça c’est des trucs ça me ferait trop mal au coeur de bosser là dedans tout le temps. Mais ce jour-là je me suis dit, mais en fait c’est génial, t’as de la reconnaissance, fin t’as beaucoup plus de reconnaissance dans ce genre de situation que un patient qui a mal au ventre on lui donne un spasfon et il te dit jamais merci! Fin voilà c’est euh, ta plus de reconnaissance dans cette prise en charge là que dans</p>	

d'autres et je me suis dit mais en fait c'est trop cool de s'occuper de personnes en fin de vie."(85)

- "Malgré dans ce malheur, et ben je retrouve mon petit bonheur entre guillemets en me disant j'ai bien fait mon boulot, le patient est confortable, il va partir bien, entouré de sa famille qui est là, il est propre, il sent bon, fin tu vois des petits détails comme ça mais c'est hyper important quoi et je trouve que du coup, bah avant je le voyais peut être un peu moins comme ça fin genre pour moi ça a toujours été important de m'occuper des personnes en fin de vie comme il fallait mais ce jour là je me suis dit c'est vraiment trop cool quoi. Parce que même le fils tu vois, bah il y connaissait rien mais il était hyper gentil avec moi quoi. Il me remerciait à la fin de ma nuit je suis allée le voir pour lui dire au revoir, et il m'a remercié comme pas possible. Fin il dit je vous remercie d'avoir fait tout ce que vous pouviez, fin voilà quoi, moi je trouve ça trop génial. Ou tu vois que après tu as pas forcément de la reconnaissance dans le patient parce que bah lui voilà quoi, mais rien que de le voir bien, c'est de la reconnaissance." (87)

- "C'est que j'avais pas envie que le fils se dise bah mon père part pas bien, les médecins ont rien fait pour, fin voilà. Moi je voulais que la famille en fait soit, se sente pas, que y' ai pas un truc en plus à rajouter tu vois dans la fin de vie de leur père fin tu vois moi je trouvais pas ça bien. Après peut être que y'en a qui le diront mais moi c'est pas ma vision des choses. Déjà parce qu'on ne dénigre pas ce que l'équipe fait auprès du patient et de la famille et puis aussi parce que, parce que là je pense que y'avait déjà assez de choses à gérer que je rajoute ça en plus quoi."(93)

Travail

- "je prends la relève de ma collègue de jour" (37)

- "une équipe pluridisciplinaire, on travaille autant avec les

d'équipe		<p>- "là bas t'a pas un médecin la nuit, le médecin la nuit c'est un interne, pour l'UH en tout cas, c'est l'interne d'UHSP" (47)</p> <p>- "j'ai appelé le senior déchoc [...] qui n'est pas du tout son rôle, mais lui ai expliqué que l'interne me répondait pas alors que j'avais besoin d'elle. Il m'a dit bah écoute tu vas voir les médecins du module B parce que c'est eux qui l'ont reçu au début donc c'est à eux de gérer ça au pire Donc je vais voir les médecins du module B, un médecin très gentil, qui m'écoute et qui me dit "bah écoute je vais reprendre le dossier, c'est pas normal qu'il soit comme ça" OK. Bon entre deux je me fais engueuler par l'autre médecin, mais bon c'est pas grave. Et donc, il reprend le dossier et euh, c'était euh, ce médecin qui l'avait vu y a deux jours en fait, donc il le connaissait." (55)</p> <p>- "Du coup le cadre a fait un rapport fin machin machin..."(55)</p> <p>- "tellement ça m'avait travaillé j'avais appelé ma collègue qui avait repris mon relais, j'avais appelé dans l'aprèm et elle m'avait dit, il est décédé le matin vers 10h30, donc 3-4 heures après que je sois partie"(63)</p> <p>- "on en avait re parlé avec le cadre quand je l'ai appelé. lui bah il était d'accord avec moi, que c'était pas normal, mais il m'expliquait que bah les médecins ils étaient très frileux de la morphine, des fins de vie, machin, et que ça se passait la plupart du temps comme ça. Et que je verrais jamais aux Urgences des doses de cheval de morphine, etc puisque les médecins ils sont pas prêts à le faire et ils ont trop peur Mais que oui c'était pas normal et que j'avais bien fait d'insister autant à chaque fois, mais ouais, mes collègues c'est pareil, fin ils étaient d'accord avec moi sur tout quoi, mais après ils pouvaient pas faire grand chose quoi."(71)</p> <p>- "sur le moment moi j'en parlais à mes collègues, mais après l'autre infirmière avec moi c'était, une qui venait d'arriver, du</p>	<p>aides-soignants qu'avec les médecins. Parce qu'on est tout le temps les uns avec les autres en fait" (14)</p> <p>- "C'est ce qui me plaît. Le réel travail d'équipe où des fois dans des services t'es dans un couloir tu cherches du monde y'a personne. Là y'a toujours du monde à côté, c'est un service où tu t'entraides, où y'a de l'expérience, où dès que t'as une question...5 minutes après t'as forcément ta réponse." (16)</p> <p>- "si on a une question, il y'a toujours les collègues à côté"(20)</p> <p>- "Donc c'est là aussi où...bah tu vois cette jeune là ça, ça a fait le tour de la réa, on en a parlé pendant une semaine.Elle avait mal tout le temps, tout le temps. Moi je peux pas dire parce que je l'ai pas pris en charge mais mes collègues elles étaient mal."(104)</p> <p>- "Bah ouais, je les sentais très mal et puis elle était hyper demandeuse. C'est 10 sonnettes par heure, 10-15 sonnettes par heure euh, à dire j'ai mal j'ai mal, même les médecins ils étaient...ils en étaient désolés parce qu'en fait les limites s'arrêtaient là quoi y'a un moment sinon, sinon on vous, on vous endort quoi."(106)</p> <p>- "Bah on en parle souvent entre nous parce que ça, ça arrive à tous, c'est déjà arrivé à tout le monde hein ce genre de...ce genre de...situation."(112)</p> <p>- "Voilà après euh, ton ancienneté une fois que par exemple le médecin il a ta confiance, il te connaît...il sait, il va boire tes paroles, il sait ce que tu vas demander, donc euh, moi à la fin en fait certains médecins tu vas les voir, tu dis par contre j'aimerais bien que tu reviennes là, ok je viens. Parce que si tu me le demandes, c'est que y'a nécessité."(116)</p> <p>- "Après c'est normal aussi après quand tu travailles avec quelqu'un que tu connais pas, tu...voilà t'as une confiance euh,</p>
----------	--	--	--

			<p>coup bah c'était plus compliqué pour elle de se positionner et de donner son avis fin tu vois je pense parce que du coup elle y connaissait pas grand chose non plus mais mes collègues aides soignants ils étaient totalement d'accord avec moi pour dire que c'était n'importe quoi.”(75)</p> <p>- “c’est la fin de vie où la y’a plus personne. Ils savent plus quoi faire”(81)</p> <p>- “on ne dénigre pas ce que l’équipe fait auprès du patient et de la famille” (93)</p> <p>- “inter-équipe tu fais ce que tu veux. Fin moi je trouve ça bien inter-équipe de dire ce qu’on pense”(95)</p>	<p>des fois entre patients et soignants mais t’as aussi une confiance soignant-soignant, et si le médecin il commence, à te connaître et à savoir ta qualité au travail, ben...t’as plus besoin de lui demander dix fois quoi. Si tu lui demandes une fois, il sait pourquoi. Ça aussi, ça ça passe par la aussi.”(118)</p> <p>- “Je veux bien prendre soin des gens c’est que, voilà c’est de travailler en équipe quoi et de se faire confiance.”(120)</p> <p>- “Puis des fois on a aussi, t’a les nouveaux internes. Donc les nouveaux internes, ils connaissent pas trop le fonctionnement du service. Donc c’est aussi à toi, ton rôle c’est de les driver, de leur dire que, voilà ici ça se passe comme ça, d’instaurer une relation de confiance entre nous”(122)</p> <p>- “Des fois, des fois tu vas pas avoir le senior qui va être là, donc euh, t’a 3 internes avec toi, et ils y connaissent pas grand chose, bah des fois tu leur dit bah, tu vas presque euh...tu leur dit bah, tu vas sur le logiciel, ah tu sais pas le prescrire, bah faut aller par la puis tu lui prescrit ça...”(124)</p>
	<p>Les difficultés liées au manque de personnel</p>			<p>- “Des fois tu vas avoir trop de patients. T’as trop d’affluence donc du coup faut que t’aïlles aussi voir tout le monde, mais du coup tu peux pas tout faire en même temps. C’est là en fait que les limites, le manque de personnel, le manque de médecins, le, le...la surprésence en fait de patients. Et en fait tu te retrouves des fois un peu noyé si t’es pas organisé tu te retrouves mais carrément noyé”(54)</p> <p>- “Tu te dis bah...la surpopulation à l’hôpital, aux Urgences, du coup tu peux pas bien prendre en charge tout le monde. Donc au final t’as l’impression de bosser moyen tout le temps. De...de, jamais faire des soins de qualité...”(70)</p>

				<p>- “Les gens, tu, tu te robotises en fait euh, dans ces moments là. Parce qu’au final euh, tu vois les gens cinq minutes euh, toutes les...tu vas voir quelqu’un, le temps que tu regardes tout le monde, la personne que t’es allé voir euh, je sais pas en premier, tu, des fois tu vas la revoir que deux heures après. Tu te dis bah c’est pas génial quoi.”(72)</p> <p>- “Si y’a peu de personnes, si t’arrives à 5 heures du matin que y’a pas beaucoup de monde, là t’a du monde pour la prise en charge, voilà t’as le médecin il est beaucoup plus disponible, il peut aller voir beaucoup plus les patients parce que y’en a moins. Mais des fois en fin de journée quand ça entre guillemets, quand ça dégueule de partout... Y’a des brancards dans tous les sens, bah tu peux pas faire du bon travail.”(84-86)</p> <p>- “Mais oui on en revient toujours au même, c’est que bah...c’est que bah c’est surtout quand y’a beaucoup de monde aux Urgences en fait, où tu vas voir ce genre de problème. Parce que tu peux très bien euh, si c’était très filtré, tu pourrais faire des soins de qualité. Quand ça arrive euh, non-stop, sans arrêt, sans arrêt, sans arrêt, tu peux pas être auprès, il faudrait un soignant par personne mais tu peux pas ça. T’en a déjà même pas 1 pour 20 donc euh...”(112)</p> <p>- “Comment gérer la douleur c’est peut être déjà avoir , avoir, d’avoir peut être moins de travail à côté. Pour être plus présent, et peut être mettre plus de choses en place, ça pourrait être, je sais pas ça pourrait être une solution mais... mais c’est un échange euh, médical-paramédical hein tu vois.”(114)</p>
--	--	--	--	--

DEVIC Chloé

Le ressenti de l'infirmier face à un patient douloureux non soulagé

Abstract:

Caring for a painful patient is challenging for a nurse and can provoke many emotions. This is especially true when despite the means put in place, the pain persists. I encountered several situations during my internships in which I was confronted with suffering, not relieved patients who really asked me questions. Pain management is an integral part of the daily life of nurses, it is one of our main missions to achieve. So what can I do when, despite interventions, the pain is still there? I faced patients in pain, not relieved, which prompted deep reflection. In this way, I formulated my research question: How does a nurse's feelings towards the unrelieved pain of a patient influence the patient's care? This nursing research aims to shed light on the nurse's role concerning pain, particularly when it proves challenging to alleviate. I also explore the nurse's experiences in such complex care scenarios, especially when pain is involved.

Résumé:

La prise en soin d'un patient douloureux est difficile à vivre pour un infirmier et peut susciter chez lui de nombreuses émotions. Ca l'est d'autant plus lorsque malgré des moyens mis en place, la douleur est toujours là, présente, installée et qu'elle ne s'atténue pas. J'ai vécu plusieurs situations en stage dans lesquelles j'ai été confrontée à des patients souffrants, non soulagés qui m'ont réellement posé question. La gestion de la douleur fait partie intégrante du quotidien des infirmiers, il s'agit d'une de nos missions principales de parvenir à la soulager. Alors, que faire lorsque malgré les actions entreprises, celle-ci soit toujours présente? De cette façon, j'en suis arrivée à rédiger ma question de recherche: **En quoi le ressenti de l'infirmier face à la douleur traitée d'un patient non soulagé peut-il avoir une influence sur la prise en soins du patient ?** Ce mémoire de recherche en soins infirmiers a pour but d'éclairer le positionnement infirmier face à la douleur notamment lorsque celle-ci est difficile à soulager. Je me suis aussi appuyée sur ce que peut ressentir l'infirmier face à ce genre de situation de soins complexes notamment lorsque la douleur entre en jeu.

Keys words: pain, painful patient, care, feelings, suffering

Mots-clés: patient douloureux, douleur non soulagée, prendre soin, positionnement, ressenti, émotions

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - 2021-2024