

INSTITUT DE FORMATION
EN
SOINS INFIRMIERS

Centre Hospitalier Guillaume Régnier de RENNES

L'accompagnement de la
souffrance des patientes en service de
chirurgie gynécologique

Les difficultés rencontrées par les infirmières

Présenté par

AGUITON
CHARLOTTE

3^{ème} année
PROMOTION 2003-2006

Fevrier-Mars 2006

ERRATA

Pages	Lignes	Lire	A la place de
10	1 ^{er} paragraphe	Alignement justifié à droite	
11	16	passé	passer
28	1 ^{er} paragraphe	Alignement justifié à droite	
34	15	Pas de report en bas de page Les difficultés (maj)	astérix n°26 les difficultés
37	21	non développées	non développés
39	13	accompagnement	accompagnant
41	11	un mal à combattre	à mal à combattre

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord commun de son auteur et de l'IFSI.

Remerciements

Je tiens à remercier dans un premier temps l'équipe du service qui m'a accueillie et à partir duquel j'ai pu élaborer ma réflexion, ainsi que les six infirmiers et infirmières qui ont accepté de participer à mes entretiens, sans qui ce travail n'aurait pu exister.

Je remercie en outre mon guidant de mémoire, mes parents, mes amies Camille et Magali pour les précieux conseils et les corrections qu'ils m'ont apportés et pour le temps qu'ils ont pu m'accorder afin de m'aider dans cette recherche.

Enfin, merci à toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont soutenue durant toute ma formation.

Abréviations

AS : Aide-soignant(e)

DLR : Douleur

IDE : Infirmier(e)

PEC : Prise en charge

SOMMAIRE

	Pages
Sommaire	5
Introduction	7
I. <u>Situation de départ</u>	9
II. <u>Exploration</u>	13
III. <u>Démarche de problématisation</u>	21
IV. <u>Cadre conceptuel</u>	25
V. <u>Hypothèse</u>	27
Conclusion	29
Bibliographie	31
Annexes	
Tables des matières	

INTRODUCTION

Face à une demande et un besoin de la population, nous avons constaté ces dernières années un développement important des médecines douces dites « parallèles ». Le recours à d'autres formes d'aide montre une insatisfaction envers le système de soin déficitaire sur le plan de la relation d'écoute et de l'attention au patient. Certes, la qualité des soins n'est pas remise en question mais celle de la prise en compte globale de l'être humain est pourtant l'objet de multiples critiques. Ainsi certains infirmiers *font des soins* (appliquent des prescriptions) mais ne *prennent pas soin* dans le sens où ils n'investissent pas la dimension émotionnelle. C'est le constat que j'ai fait après avoir effectué ce travail de recherche en soins infirmiers.

Dans le service de chirurgie gynécologique où j'ai effectué un stage, certaines situations en rapport avec ce constat m'ont interpellée et ont été le point de départ de ma réflexion. Celles-ci sont décrites dans la première partie de ce mémoire intitulée *Situation de départ* et aboutissent à un premier questionnement.

Afin de confirmer et d'affiner cette première question, j'ai effectué des entretiens auprès d'infirmiers exerçant dans ce service spécifique. La partie *Exploration* résume les données principales recueillies qui dans un troisième temps m'ont conduite à une *problématique*.

Ensuite, *le Cadre Conceptuel* apporte des notions théoriques en lien avec le sujet et permet l'élaboration d'une *Hypothèse* avant d'ouvrir sur une autre réflexion lors de la *Conclusion*.

I.
SITUATION DE
DEPART

A la fin de ma première année de formation en soins infirmiers, j'ai pu effectuer un stage en service de chirurgie gynécologique. Ce fut le premier stage où j'ai pu réaliser des soins techniques et en même temps celui qui, de toute ma formation, m'a le plus interpellé quant à la relation soignant soigné. J'y ai rencontré de multiples situations d'autant plus intéressantes qu'elles ont fait naître en moi des questionnements qui sont à l'origine de ce travail de recherche en soins infirmiers.

Dans un premier temps, il me paraît important de définir le service. Au niveau de l'effectif, il y avait trois IDE¹ et 4 AS² par demi journée pour un service de 24 lits au maximum. Les patients que l'on y rencontre sont uniquement des femmes de tout âge, de l'adolescente à la personne âgée. Les pathologies dont elles sont atteintes concernent essentiellement l'utérus (cancers, polypes, fibromes...), les ovaires (kystes bénins ou malins...), le sein (adénomes...), la grossesse (intervention volontaire ou thérapeutique, fausses couches, stérilité). Les affections nécessitant une chirurgie aboutissent le plus souvent à une ablation ou une amputation de l'organe concerné qui est dans tous les cas relatif à la maternité et ou féminité. Ces affections altèrent ainsi l'image corporelle de la femme et touchent donc beaucoup au bien être psychologique de celles-ci.

Dans un deuxième temps je vais détailler deux situations que j'ai rencontrées au cours de ce stage et qui m'ont interrogée.

Un matin, j'avais pris en charge une patiente de 34 ans que j'appellerais Mme B. qui était à j7³ d'une hystérectomie ajoutée à une chirurgie esthétique abdominale. Mère de trois enfants, elle avait subi une conisation⁴ pour début de cancer du col de l'utérus après sa deuxième grossesse. Suite à la troisième, elle souhaitait limiter les risques de récurrence d'un cancer en subissant une hystérectomie et modifier sa silhouette par une chirurgie esthétique de l'abdomen au cours de la même intervention. La chirurgie esthétique abdominale étant très douloureuse, il est systématiquement prescrit de manière préventive en post-opératoire de fortes doses d'antalgiques.

¹ IDE : abréviation, signifie Infirmier(e)

² AS : abréviation, signifie Aide-soignant(e)

³ J7 : sept jours après l'intervention

⁴ Conisation : Ablation partielle du col utérin

Une semaine après l'opération cette patiente était toujours terriblement algique au niveau abdominale. Elle pleurait, sonnait sans cesse pour réclamer des antalgiques. Plusieurs examens lui furent prescrits et aucun ne montra de complication particulière. De même elle bénéficia de l'administration d'antalgiques à fortes doses y compris des morphiniques mais la DLR⁵ et la crispation étaient toujours présentes. Les infirmières discutèrent en équipe afin de trouver un moyen de soulager mme B, l'administration d'autres antalgiques étant impossible. L'infirmière qui m'accompagnait lui proposa alors un massage des mains puis du visage afin de la détendre et lui permettre de penser à autre chose, ce que mme B accepta. De tous mes stages effectués pendant ma formation, je n'ai jamais vu d'autre infirmière pratiquer ce geste.

Dans les heures qui suivirent ce soin mme B ne se manifesta plus, les traits de son visage s'étaient visiblement détendus et elle retrouva même le sourire. Elle exprima son mieux être et dit que sa DLR était mieux supportable.

Il s'est sans doute passé plusieurs choses: la reconnaissance de sa souffrance ? L'efficacité relaxante du massage ? L'apaisement de ses angoisses par rapport au devenir, aux risques de rechutes ? Dans tous les cas j'ai trouvé cette prise en charge très satisfaisante et de celle-ci me sont venues plusieurs questions : Pourquoi cette technique n'était-elle pas plus utilisée ? Pourquoi avoir prescrit autant d'antalgiques avant de prendre en compte sa souffrance psychologique ?

Je me souviens d'une autre situation très intéressante. J'ai accompagné une autre IDE du service pour une ablation de deux redons abdominaux. La patiente âgée d'une quarantaine d'années était à J9 d'une hystérectomie par laparotomie en prévention d'un cancer, ayant des facteurs de risques importants. Le lendemain de son intervention, elle ne se disait pas algique et ne le paraissait pas physiquement. Elle dialoguait très aisément et je suis restée discuter un moment avec elle. Elle me fit part de son ressenti et m'expliqua qu'elle avait l'impression qu'il lui manquait une partie de son corps, qu'elle sentait « un vide à l'intérieur d'elle-même ». Elle nous parla aussi de l'atteinte de la féminité. Je me suis donc fait la réflexion que même une patiente qui a le sourire aux lèvres peut cacher une certaine anxiété, une certaine douleur psychologique et que l'on pouvait passer à côté de cela si l'on ne dialoguait pas suffisamment avec elle.

⁵ DLR : abréviation, signifie Douleur

Je retrouvais cette femme quatre jours après l'intervention physiquement tendue, moins souriante que les autres jours. Cette patiente ayant subie par le passé une opération de la thyroïde, elle nous expliqua qu'elle eut très mal lors de l'ablation des redons et que pour cette raison elle appréhendait de nouveau ce geste. Tout d'abord l'IDE pris le temps de l'écouter sans se précipiter à effectuer le soin.

Puis, elle enseigna une petite méthode de relaxation basée sur la respiration. Cela ne dura qu'une minute ou deux. Elle demanda à la patiente de respirer profondément, de fermer les yeux, de relâcher tous ses muscles. Elle lui expliqua simultanément tout le déroulement de son geste et lui demanda de la prévenir au moment où elle se sentirait prête afin qu'elle retire le redon. Elle répéta l'opération pour le deuxième redon. Une fois le geste terminé, la patiente a pu nous dire qu'effectivement elle avait eu moins mal que la première fois. Elle ne savait pas si cela été due à la différence de site anatomique mais que néanmoins avec cette méthode elle fut beaucoup plus détendue que lors de ce même soin au cours de sa première intervention.

Je me suis donc questionnée sur ce genre de pratiques telles que le massage et la relaxation. Pourquoi les IDE n'utilisent-elles⁶ pas plus ce genre de méthodes afin de soulager, ou d'appréhender la douleur des patientes ? J'ai ainsi abouti à ma question de départ qui est la suivante :

Face à la douleur des patientes en service de chirurgie gynécologique, pourquoi les IDE ont-elles tendance à sur estimer leur rôle sur prescription par rapport à leur rôle propre, ce dernier pouvant pourtant participer à l'action antalgique et améliorer la prise en charge⁷?

⁶ J'emploierai souvent le terme infirmier au féminin du fait de la grande majorité de femmes pratiquant ce métier, leur nombre étant majoritaire aussi dans mes entretiens.

II.

EXPLORATION

Afin de vérifier la pertinence de ma question de recherche et d'apporter des réponses concrètes à mes différents questionnements j'ai choisi de m'entretenir avec plusieurs

infirmières. J'ai ainsi réalisé six entretiens (en suivant le même guide écrit⁸) dans les services de chirurgie gynécologique de trois établissements différents. Afin de savoir, si le fait d'être un homme, une femme, de travailler de jour ou de nuit, d'avoir plus ou moins d'années d'exercice, jouait un rôle dans la pratique soignante, j'ai interrogé des infirmières de tranches d'âge différentes (de 20 à 50ans) et par conséquent dont l'expérience variait. Sur les six entretiens, quatre s'adressaient à des IDE travaillant le jour, deux exerçant la nuit dont un homme. Par soucis de confidentialité, j'ai choisi de numéroter ces professionnels et de ne pas décrire leur parcours.

Dans une première partie j'ai analysé les données obtenues en reprenant les objectifs que j'avais élaborés à partir de chaque question. Dans une seconde partie j'ai regroupé et résumé les principaux axes afin de donner une orientation à mon travail.

Dans un premier temps je voulais vérifier la pertinence de ma question de départ, c'est à dire confirmer que les IDE rencontraient bien des difficultés face à certaines douleurs et voir si elles privilégiaient leur rôle sur prescription. Je leur ai donc demandé si elles s'étaient déjà trouvées en difficulté par rapport à la DLR persistante d'une femme.

Cinq m'ont répondu par la négative dans le sens où même si elles rencontraient des douleurs persistantes aiguës, avec tous les « protocoles » (cités par les six IDE), tous les antalgiques qui existaient ainsi que l'administration en systématique et le recours possible « aux morphiniques » (IDE n°3 et 6), elles arrivaient toujours à soulager la DLR. De plus elles m'ont tous fait part de la possibilité d'appeler l'anesthésiste (même la nuit) pour demander des antalgiques de classe supérieure si besoin. L'IDE n°2 m'a dit qu'elle s'était plusieurs fois retrouvée en difficulté devant les douleurs des femmes qui subissent un avortement thérapeutique de grossesse. « La douleur est inévitable dans la mesure où on déclenche un travail artificiel et il faut attendre un moment avant de poser la péridurale ».

Ma seconde question avait aussi pour but de connaître les utilisations conscientes ou non du rôle propre dans la prise en charge de la douleur. Je les ai donc interrogées sur l'utilisation d'autres techniques non médicamenteuses en complément des traitements antalgiques. Puis, pour savoir si elles faisaient un lien entre la souffrance

⁸ cf. annexe n°1 et 2 *Guide d'entretien et objectifs*

psychique et la douleur physique des patient, je leur ai demandé : « Pourquoi, à votre avis, certaines techniques sont-elles plus efficaces que l'administration d'antalgiques ? »

Les infirmières n°1,n°2,n°4,n°6 m'ont décrit spontanément des comportements infirmiers relevant de leur rôle propre : « il y a un rôle de réassurance, par rapport au stress...dans ce service l'accompagnement de la femme est très important surtout avec les patientes qui viennent pour des fausses couches ou des cancers », « On se rend compte par expérience que la présence, le fait d'entendre la douleur, de la reconnaître et de la prendre en considération à aussi son importance » (IDE n°2). L'IDE n°6 cite le recours à une position antalgique (par exemple en chien de fusil) qui peut-être un biais intéressant. L'IDE n°3 cite des moyens comme l'hypnose ou les massages mais qu'elles ne pratiquent pas elle même. Elle ne pense pas qu'il soit nécessaire d'être formé à ces pratiques, d'une part, parce qu'elle dispose de personnes ressources (l'anesthésiste pour l'hypnose et les AS pour le massage) et d'autre part, elle n'a besoin de ces techniques que pour des soins ponctuels programmés. Les IDE n°5 et 6 pensent que « le fait de dire au malade que les calmants ne vont pas soulager complètement mais considérablement diminuer leur DLR» (IDE n°5) permet au patient de mieux accepter celle-ci.

Les IDE n°1, 2,4 et 6 ont d'elles même parlé de la DLR psychologique. « La douleur physique et le psychologique sont souvent liés surtout en service de gynécologie » (IDE n°1). L'IDE n°2 explique qu'il y a une douleur physique liée à l'acte chirurgicale mais que selon la façon dont la personne vit et accepte ou non cette intervention la douleur physique sera plus ou moins augmentée, « car il y a l'angoisse, l'anxiété qui se rajoute à la DLR » De même elle ajouta que le fait d'administrer un anxiolytique peut mieux soulager qu'un antalgique. L'IDE n°4 expliqua que généralement les douleurs physiques étaient facilement traitées par des morphiniques mais qu' « il y avait aussi beaucoup un travail de psychologie » et que c'était justement cela qui était « prenant ». L'IDE n°6 me raconta qu'une patiente venant de subir une hystérectomie avait des angoisses par rapport à la maternité « et tout ce coté psychologique lui faisait avoir mal au ventre ». Pour les infirmiers n°3 et 5, les antalgiques suffisent puisqu'il est très rare de rencontrer des douleurs encore persistantes après tous les antalgiques mis en place, ce qui expliquent disent-ils que ces techniques non médicamenteuses ne soient pas beaucoup utilisées. Ils ne parlent pas directement de la souffrance psychologique mais de prescription d'anxiolytiques si il y a persistance d'une

DLR. Ils pensent que la DLR est très bien prise en charge dans leurs services (de structures différentes). L'IDE n°5 pense qu'il faut connaître plus les personnes afin d'utiliser des techniques comme le massage etc.

Ma troisième question avait pour but de savoir si la relation soignant-soigné était particulière dans ce service (où l'on soigne uniquement des femmes). Pour cela je leur ai demandé si était plus aisé de comprendre et/ou de PEC⁹ ces douleurs spécifiques de femmes, étant soi-même une femme.

Les cinq infirmières m'ont toutes répondu qu'elles pensaient qu'il soit plus facile de comprendre une femme étant une femme : « L'image de chaque organe féminin nous renvoie à la notre et les douleurs d'accouchement, quand on a eu des enfants, on sait ce que c'est » (IDE n°1) « on connaît la douleur des règles ». L'infirmier dit que ce peut-être « rassurant de parler avec un homme » mais qu'il est peut-être plus distant dans la mesure où il ne se « met pas vraiment à leur place ».

En outre, cette question m'a permis d'approfondir mes recherches sur le comportement infirmier par rapport à la PEC de ces souffrances psychologiques et d'identifier les réelles difficultés des soignantes.

L'IDE n°1 pense que ce peut-être plus facile de PEC la douleur d'une femme étant une femme « à condition d'y mettre la distance ». Elle pense qu'il faut avoir fait un « travail sur soi, sur ses propres peurs et angoisses ». Elle dit être plus à l'aise pour accompagner ces femmes depuis qu'elle a elle-même fait une psychothérapie.

Les IDE n°3 et n°4 m'ont parlé des situations où elles étaient en difficultés. L'IDE n°3 me parla de ses collègues plus âgées « qui vont plus facilement faire un transfert avec les patientes, par rapport à leur âge, à l'histoire de chacune d'elles ». L'IDE n°4 pense que ce qui est difficile en gynécologie c'est « tout le côté psychologique qui nous renvoie à notre image de femme. » Elle explique que par rapport à ce qu'elle vit en ce moment au niveau personnel (le désir d'avoir un enfant etc.), elle « s'identifie » à certaines patientes notamment venues

⁹ PEC : abréviation, signifie : prise en charge

pour une ITG¹⁰. « Je n'arrive plus à mettre la barrière et c'est là justement qu'il faut faire très attention ». Elle dit que de la même façon, ses collègues qui approchent de la cinquantaine vont rencontrer des difficultés à prendre en charge des femmes ayant un cancer du sein ou de l'utérus.

Pour l'IDE n°6, il faut être à l'écoute de ces femmes car souvent celles-ci n'ont pas eu le temps de se préparer psychologiquement à l'intervention. Or elle affirme que « beaucoup de collègues ont du mal à comprendre ce côté psychologique et ne s'embarrassent pas avec cela ». Pour elle, c'est une question de personnalité de soignant, ce n'est pas spécifique à la chirurgie gynécologique. « Cela dépend de ta personne, si tu es quelqu'un qui est à l'écoute, tu vas être réceptive, si tu es quelqu'un de plus « technique », tu ne t'embarrasses pas à écouter les gens ». Pour l'IDE n°1 c'est une question « d'état d'esprit » : « Il faut que cela nous fasse plaisir sinon le patient le ressent ».

Pour l'IDE n°5, le fait de parler du quotidien pour ne pas se focaliser sur la maladie est important : « dédramatiser en prenant en compte la vie en dehors », « Finalement, après une ablation de l'utérus, est-ce qu'il y a beaucoup de choses qui changent dans la vie ? ». Il pense que le fait d'avoir un homme en face d'elles peut leur montrer que la relation au sexe opposé n'a pas changé.

L'IDE n°3 dit ne pas rencontrer de difficultés dans la mesure où elle va « gérer la douleur de la même manière pour n'importe quelle patiente ». Elle dit être plus touchée par une femme ayant eu une lourde intervention chirurgicale ou une ITG. Elle avoue que ce genre de situation est difficile car « Ce sont des personnes qu'on ne peut pas consoler, on est simplement là pour une écoute »

Ma dernière question dans laquelle je demandais aux IDE si elles avaient déjà rencontré des personnes refusant la communication et/ou la proximité m'a permis d'identifier des mécanismes de défenses que les patients et les soignants pouvaient développer.

¹⁰ I.T.G : Interruption thérapeutique de grossesse

Ils m'ont tous répondu qu'ils avaient effectivement rencontré des personnes introverties, qui ne voulaient pas entrer en contact. Dans ce cas là, on peut observer différentes réactions de la part des soignants :

L'IDE n°1 avait mis en place un outil, un livre de Jacques Salomé s'intitulant « Lettres à l'intime de soi » afin de venir en aide à ces femmes qui se sentent seules et incomprises. Aujourd'hui elle ne peut plus proposer ce livre car après de multiples discussions en équipe il a été reproché que celui-ci « déclenchait des émotions », le problème étant qu'après il fallait effectuer un accompagnement et que certaines infirmières ne se sentaient pas capable d'effectuer cela. Pour cette IDE, lorsqu'on est pas bien soi-même, on fuit cette réalité. « Mais être dans la fuite n'est pas un bon mécanisme car si l'on affronte pas les choses pour nous, comment les affronter pour les autres ? ». « Il y a beaucoup de soignants qui n'osent pas de peur de se retrouver en larmes ». Elle pense qu' « il faut encourager les gens à dire les choses car ce n'est pas bon de ruminer des choses négatives ».

D'une même pensée les IDE n°2 et 6 affirment qu'il faut essayer d'entrer en contact et ne pas laisser ces femmes dans « leur mutisme » (IDE n°2). Elles disent toutes les deux qu'il faut chercher à savoir pourquoi elles ne veulent pas parler même si « ce genre de situation est gênante (...) cela peut commencer à les libérer » (IDE n°2) « Je pense que tout dépend de la façon dont tu vas faire ton approche : le patient voit si l'IDE a juste envie de poser son antalgique ou si elle a envie de rester. »(IDE n°6) . On peut leur demander si elles ont besoin de temps et leur dire de ne pas hésiter à les rappeler, leur montrer qu'il y a une présence. Comme l'IDE n°1, l'IDE n°2 informent de la possibilité de faire appel à la psychologue du service pour prendre le relais d'autant plus qu'elle peut rester plus de temps avec la personne. Ces trois infirmières montrent aussi qu'après avoir pris le temps et avoir osé entrer en contact, les patientes les ont énormément remerciées et reconnues dans cette démarche.

Les trois autres IDE pensent qu'il ne faut pas forcer le contact, qu'il faut laisser passer du temps, simplement informer de sa présence en cas de besoin. Les IDE n°4 et 5 parlent de la nécessité qu'il y ait une relation de confiance qui se crée et il n'est pas évident pour les patients de parler à des soignants qu'ils ne connaissent pas d'autant plus que les délais d'hospitalisation sont courts. L'IDE n°5 dit qu'il « ne se sent pas de son rôle d'aborder les choses quand la personne n'en parle pas » Il explique que cela peut-être « à double tranchant : en discutant, la personne peut aussi se faire des idées noires ». L'IDE n°4 exprime le fait qu'« il ne faut pas être trop invasif » dans le sens où on l'est déjà assez avec tous les

soins techniques et qu' « il y a des moments privilégiés » comme la toilette avec les A.S où il se passe souvent beaucoup de choses.

Après cette analyse, j'ai repris mon premier objectif et comparé les différents parcours et expériences avec les réponses de chaque soignant. J'en fais la conclusion que le nombre d'années d'exercice de la profession ou l'âge des professionnelles n'influence pas directement le comportement de l'infirmière dans la relation. Par exemple, une IDE âgées d'une cinquantaine d'années peuvent rencontrer le même problème d'identification qu'une IDE de 20-30 ans récemment diplômée. Il serait mieux question de vécu, de cheminement personnel. De plus, même si les IDE de nuit affirment disposer de plus de temps pour entrer en contact avec les patients, leur positionnement dans la relation ne parait pas différent de celui rencontré le jour. Ce qui montre que la notion de temps n'est pas non plus déterminante pour une entrée en relation.

En résumé :

Rôle propre/ rôle sur prescription :

- Les IDE ne semblent pas rencontrer de difficultés par rapport à la PEC de la douleur physique et utilisent prioritairement leur rôle sur prescription pour répondre à ces dernières. En cas de douleur persistante, elles ont, de nouveau, recours aux antalgiques, protocoles et autres moyens médicamenteux.

- Certaines IDE font tout de même appel à leur rôle propre généralement pour agir sur des facteurs augmentant la douleur (stress, anxiété..) en association aux traitements médicamenteux. D'autres connaissent certaines techniques mais préfèrent faire appel à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Douleur/ souffrance psychologique :

- Les IDE ne semblent pas rencontrer de difficultés avec la DLR mais on peut voir qu'elles en rencontrent avec la souffrance psychologique des femmes. De même, les soignants qui ne paraissent pas être en difficultés sont ceux qui semblent les plus distants dans la relation avec le soigné.

- On peut observer que deux tiers des IDE interrogées évoquent le lien entre la DLR psychique et la DLR physique, soit explicitement, soit implicitement en parlant du recours possible aux anxiolytiques. De plus la souffrance est associée à la gynécologie, à la modification de l'image corporelle et tout ce qui en découle (maternité, féminité...). Une IDE note les difficultés pour certaines de ses collègues à prendre en compte la souffrance psychologique des patientes. De même, les autres IDE évoquent beaucoup plus la douleur physique et l'importance de sa prise en charge.

Proximité/ distance :

- Pour les cinq infirmières, il est plus facile de comprendre une femme étant soi-même une femme. En opposition, on peut noter qu'il leur est plus difficile de prendre en compte leur souffrance car il y a un risque d'identification. Elles s'identifient selon leur âge, leur vécu personnel à des pathologies différentes. Par ailleurs, d'après l'infirmier, le fait d'être un homme peut permettre de garder une certaine distance.

- Enfin, on peut constater des avis opposés entre les IDE concernant la distance à adopter avec le patient. Trop intrusif peut avoir des conséquences négatives sur le patient, et pourtant une certaine proximité semblerait aider la patiente à libérer ses angoisses.

III.

DEMARCHE DE
PROBLEMATISATION

Après l'analyse de mes entretiens, j'ai pu constater qu'il apparaissait plusieurs paradoxes révélant l'existence de multiples problématiques et l'absence de consensus concernant la prise en charge de la souffrance.

Mon cheminement s'est constitué à travers différents axes qui sont en interrelation pour former une problématique globale.

Dans un premier temps, on peut observer certaines représentations des soignants qui vont participer à une « non prise en compte » de la souffrance :

Deux IDE parlent de difficultés rencontrées avec des patients « qui ont une tolérance zéro à la douleur ». Or seul le patient sait si il est algique. La tolérance est différente d'un individu à l'autre et la question serait de connaître les raisons de cette intolérance. De même, l'infirmier interrogé se questionne sur les réels changements après une hystérectomie. Il est évident que cette pensée ne peut participer à une prise en compte de la souffrance psychologique relative à la maternité ou la féminité. On peut y ajouter les propos rapportés par une IDE sur l'absence de compréhension de cette incidence par certaines de ses collègues.

En outre, pour un IDE, on peut constater une absence de reconnaissance des mécanismes de défenses liés à la douleur ou à la souffrance. Il interprète les comportements de colère ou de repli comme des traits de caractères des patientes, ou une thymie préexistante à l'hospitalisation sans faire de lien avec une possible souffrance. « Si la personne est de mauvaise humeur, c'est son droit... », « Il y a des gens qui ont mauvais caractère ou qui ont leur soucis depuis longtemps... »

Dans un second temps, on peut constater une forme de réassurance des soignants en se positionnant comme des techniciens.

Aujourd'hui les soignants sont dans « l'agir », «le trop vite ». Les soins de plus en plus techniques sont parfois réalisés sans discussions. Agir protocolairement est rassurant, protecteur, mais pour la douleur psychologique les IDE ne disposent de rien de tel.

Comment ne pas être pris dans le corps ? La technicité des soins fait que le *prendre soin* du « corps sujet » est réduit au *faire du soin* au « corps objet ».

La difficulté est de ne pas prioriser une approche organique à une approche holistique. « Certains soignants souhaitent plus ou moins consciemment que le malade se conforme à ce mode de fonctionnement, préférant recevoir de leur patient un discours concret et factuel, à une parole sur le ressenti et l'imaginé, qui les laisse désemparés lorsqu'ils n'ont pas été formés à y répondre »¹¹.

Les traitements médicamenteux, les protocoles font partie de la prise en charge technique. Mais où est l'équivalence en terme de prise en charge émotionnelle ?

Peur des émotions, peur d'être envahi donc de ne plus être aidant. Est-ce qu'être touché n'est plus professionnel ?

Pourquoi les infirmières s'identifient-elles autant dans ce service ?

Est-ce que la trop grande proximité avec le patient favorise cette identification ? On peut se questionner sur la nature de celle-ci : est-ce un mécanisme de défense ? Est-ce due à une incapacité à gérer les émotions, et lesquelles ? Ou bien est-ce par peur de cette identification que les infirmières se distance excessivement de la relation au patient ?

En effet, il apparaît nettement le problème de distance: Comment trouver la bonne proximité ?

La personne qui reste fermée se protège et protège les autres. Si on brise ses défenses, est-ce qu'on la rends plus vulnérable ? Où est-ce nos propres défenses qui sont mises en jeu ? « la souffrance de l'autre, quand nous acceptons de nous y risquer, nous touche, nous dérange et nous angoisse (« L'écoute dans l'accompagnement de la souffrance ») « trop de gens ont peur de se retrouver en larmes etc... » Est-ce qu'il faut avoir peur de renvoyer quelque-chose de négatif au soigné, de ne pas savoir quoi dire ou de le rendre plus mal ? Ainsi l'IDE me fit part de ses craintes : « En discutant, la personne peut aussi se faire des idées noires (...) la

¹¹ Evelyne GUEZ et Pablo TROIANOUSKI, Sciences humaines et soins infirmiers, p53

solution, c'est peut-être d'écouter sans trop parler... ». Mais est-on toujours aidant en écoutant simplement? Ne laisse t'on pas à la personne le sentiment de ne pas avoir été comprise ?

Comme l'expliquait une des IDE : « On m'a reproché de déclencher des émotions »
Faut-il avoir peur de déclencher des émotions ? Et que faire de ces émotions ?

Comment être dans la juste proximité et la juste distance ? Trop proche, c'est risquer de s'identifier, trop distant, c'est risquer de ne pas être aidant. Comment se situer dans cette relation avec l'autre ?

Quelle attitude acquérir pour permettre à la personne de se venir en aide ?

Ma question de départ partait du constat que les IDE sous-estimaient leur rôle propre. Celui-ci, contrairement au rôle sur prescription, est étroitement lié à la relation et à la prise en compte de la souffrance psychologique. Finalement n'est-ce pas plus la souffrance qui est sous-estimée et non le rôle propre ?

Problématique :

En service de chirurgie gynécologique : Si la prise en charge de la douleur physique est effective, la prise en compte de la souffrance psychologique est sous-estimée par les infirmières qui rencontrent des difficultés à investir la relation avec les patientes.

IV.

CADRE CONCEPTUEL

1. LIEN DOULEUR SOUFFRANCE

1.1. Définition

Douleur : D'après l'IASP ¹² : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion. »

Souffrance : Il est difficile de définir cette notion. Aujourd'hui elle renvoie plus communément à la douleur psychologique et c'est à cette définition que je rapproche ce terme évoqué dans ce mémoire. Elle peut aussi être définie comme « la conscience de la douleur, c'est à dire la réaction subjective, le vécu singulier face à une douleur physique. »¹³

1.2. L'aspect psychologique de la douleur

1.2.1. Les différentes douleurs

Par excès de nociception : par stimulation des nocicepteurs

Neurogène : Lésion nerveuse périphérique ou centrale

Mixte : Fréquente, association des deux types cités précédemment.

Psychogène ou « Sine materia » : Pas de lésion tissulaire ou nerveuse décelable. « DLR vécue dans le corps, mais dont la cause essentielle serait dans le psychisme »¹⁴(=expression d'un conflit psychique). Elle ne doit pas constituer un diagnostic d'élimination d'une cause organique puisqu'elle peut y être associée. Parmi les différentes douleurs psychogènes, la DLR de déplacement pourrait renvoyer à la souffrance en ce qu'elle est une DLR morale qui se déplace physiquement par l'incapacité à exprimer sa vraie souffrance.

On retrouve aussi l'impact du psychisme dans les composantes de la DLR décrites ci-après. Les émotions jouent un rôle important dans le processus douloureux.¹⁵

1.2.2. Les composantes multiples

¹² International Association for the Study of Pain (Association Internationale pour l'Etude de la douleur)

¹³ Citation : Evelyne GUEZ et Pablo TROIANOUSKI, *Sciences humaines et soins infirmiers*, glossaire, p73.

¹⁴ Antoine BIOY et Daniel FOUQUES, *Manuel de psychologie du soin*, III. 2. Ligne 2

¹⁵ cf. annexe n°3, *Profil psychologique du patient cancéreux présentant des DLRs*

Elles sont d'ordre comportementale ; sensori-discriminative ; cognitive; **Affectivo-émotionnelle**. C'est cette dernière qui donne à la douleur du patient une valeur individuelle. Elle résulte de la cause de la douleur mais aussi de son contexte (évolution, facteurs environnementaux et culturels ou signification de la maladie...). Elle peut entraîner une anxiété ou une dépression (dans le cas d'une DLR chronique). Facteurs émotionnels et cognitifs sont liés.

1.3. Reconnaissance et évaluation de la souffrance

Puisque la DLR est une expérience personnelle et subjective et que le seuil de perception est variable d'un individu à l'autre, seuls les patients peuvent évaluer l'intensité de leur propre DLR. Toute douleur aiguë non prise en charge (même une douleur post-opératoire habituelle) va se mémoriser et se chroniciser.

Ainsi même si la DLR semble factice, le soignant doit toujours la considérer comme réelle : l'absence de lésion organique à ce jour ne veut pas dire que l'on en décèlera pas ultérieurement et la plainte du patient peut être révélatrice d'un mal être psychique. Il est difficile pour les soignants de faire la part des choses entre le somatique et le psychique. Il n'est jamais certain, et les outils d'évaluation (EVA ; EVS...) ne nous permettent pas de le savoir, que la DLR exprimée par le patient soit physique et non de l'ordre de la souffrance psychologique, d'autant plus qu'elles sont le plus souvent associées.

1.3.1. Reconnaissance des mécanismes de défenses du patient

Tout comme le soignant¹⁶, le patient peut développer des stratégies défensives pour lutter contre la souffrance. Il est important que l'infirmière les connaisse afin de détecter son mal être : La somatisation : le patient déplace sa souffrance psychique vers un organe dont il va dire qu'il est douloureux ; La projection agressive : Le patient va projeter ses affects, ses angoisses ses conflits intérieurs vers le monde extérieur et donc vers le soignant sous forme d'agressivité ou de colère. Le déni : L'incapacité pour le patient d'accepter la réalité qui serait dangereuse ou douloureuse pour son Moi ; etc. Ces comportements peuvent être associés à l'acceptation de la maladie qui se fait par différentes phases.¹⁷

1.3.2. Souffrance et altération de l'image corporelle en gynécologie

¹⁶ cf. cadre conceptuel ; 3.Les mécanismes de défenses du soignant

¹⁷ cf. annexe n°4 *Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie*

Par la pénétration de son enveloppe corporelle protectrice, la chirurgie rend le patient plus vulnérable et le fragilise psychologiquement.

En gynécologie, toutes les interventions effectuées sur l'appareil génital féminin ont des conséquences sur l'image corporelle de la femme. Quelque soit l'acte chirurgicale, la cicatrice aussi petite soit-elle, pourra entraîner une réaction émotionnelle importante. La perte d'un organe tel l'utérus ou le sein évoque souvent la perte de la féminité. Celle-ci est souvent représentée comme le fait de donner la vie, d'allaiter et la perte de cette fonction de reproduction peut être ressentie par la femme comme la perte de son statut de mère et d'épouse voire une incapacité à envisager le futur pour des femmes sans enfants.

Il y a dans ce service tout un travail de deuil : deuil de l'organe, du statut conféré à celui-ci, deuil de « l'ancien corps ». Cette phase est inévitable lors de fausses couches, ITG ou IVG. Dans ces situations le sentiment de culpabilité, les angoisses, la tristesse voire la honte sont très présents. Il y a beaucoup d'émotions à gérer¹⁸.

« A la naissance, l'apparence des organes génitaux externes déclenche un phénomène d'empreinte culturelle quant au rôle sexuel féminin »¹⁹. La famille, la société va renforcer ce concept qui au delà des rapports sexuels représente la perception qu'a chacun de sa féminité et ou de sa masculinité. Le remaniement psychique ou corporel (surtout sur les organes visibles ou en cas de cancer) peut avoir des incidences sur la sexualité. Certaines altérations corporelles entraînent un effondrement de la confiance en soi ou des douleurs lors des relations sexuelles. De plus la femme pourra craindre de ne plus être attirante physiquement pour son compagnon. Dans ce cas il faudra suggérer une prise en charge psychologique du couple.

Puis, la menace qui pèse sur la femme est souvent multiple : la modification corporelle, la peur d'une maladie associée tel le cancer et surtout l'angoisse par rapport aux traitements et/ ou les conditions de vie futures.

Il peut exister des croyances chez certaines femmes qui vont majorer l'anxiété : la peur d'avoir une apparence plus masculine (apparition d'une hyperpilosité...), des pensées culpabilisantes comme la punition d'aventures extraconjugales etc. Ces représentations sont dues à notre vision culturelle et symbolique du corps malade comme décrit ci-après.

¹⁸ cf. annexe n°5 *Plan de soins pour des problèmes d'ordre psychologique en cas de chirurgie gynécologique*

¹⁹ Mave SALTER, *Altération de l'image corporelle*, InterEdition, Paris, p228

2. LE CORPS , CENTRE DE L'INTERACTION SOIGNANT-SOIGNE

2.1. le corps malade, un corps symboliquement dangereux

Le contexte sociétal : Le risque de contamination symbolique

L'image qui est valorisée par la société est celui d'un corps jeune, beau, puissant. Or l'hôpital est le lieu de rassemblement des corps malades, amaigri, tuméfiés, pleins de plaies, d'œdèmes, amputés, handicapés. Sur le corps apparaissent les stigmates de la maladie et celle-ci stigmatise la personne en modifiant le rapport relationnel aux autres. Être malade, c'est être à part, dans un autre monde : la maladie serait la frontière entre ce monde des vivants et le monde des morts. La peur pour ceux qui y sont, qui occupe l'espace « sain », est de tomber de l'autre côté, d'être contaminé. En effet l'angoisse est celle de la contagion ou de la tendance pour le stigmaté à se répandre.

Le risque de contamination se traduit par des conduites de mise à distance. Il relève du processus identificatoire, du transfert du corps malade dans celui du soignant. Ce dernier ayant plus peur d'être un vecteur de contamination pour ses proches tout en étant un porteur sain. La mise à distance se fait par des comportements communs tels que ne pas mélanger la vaisselle « des soignants » de celle « des patients » pourtant lavée de la même façon, ne pas manger les chocolats qui étaient dans la chambre d'un patient etc. Ce risque de contagion est souvent fortement ancré dans les représentations des soignants résistant à toute démonstration contraire rationnelle et scientifique (biologique).

2.2. Une approche rationnelle du corps : le contexte institutionnel

Le corps malade est symboliquement dangereux pour la société. Or pour se protéger et être soignant en préservant une neutralité émotionnelle²⁰, cette appréhension du corps n'est pas possible. Elle est alors remplacée par une approche scientifique et médicale du corps qui ne laisse aucune place à la dimension affective.

La formation infirmière affirme sa différence avec les études de médecine dans les sens où les IDE soignent le malade (approche bio-psycho-sociale) alors que les médecins traitent la maladie (approche biologique). La difficulté pour les infirmières est de dépasser cette approche pour pouvoir appliquer leur rôle propre.

²⁰ Dans *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, C.MERCADIER explique que la norme du silence existante au sein de l'hôpital serait garantit par la neutralité émotionnelle

3. DISTANCE PROFESSIONNELLE ET QUALITE DU SOIN

3.1. La distance intime, la distance du soin.

Selon l'anthropologue E.T. Hall²¹, il existe quatre distances principales dans la dimension humaine : publique, sociale, personnelle et intime. Dans cette dernière (de 45cm au contact physique) le toucher ainsi que la communication non verbale est dominante. Les circonstances habituelles de ce positionnement sont la violence, la sexualité, le soutien et la protection incluant tous les comportements relatifs à la consolation, la tendresse, le corps proche et sécurisant d'autrui. Ce dernier registre se rapproche de celui de la relation d'aide et par ailleurs cette distance intime est aussi celle du geste de soin.

Au quotidien, le sujet peut se protéger de ce qui pourrait le déstabiliser par l'évitement physique. Or dans la pratique soignante ce mouvement défensif n'est pas possible et pour diminuer le sentiment de vulnérabilité et d'intrusion affective lors de la relation avec le patient, celui-ci va développer des mécanismes de défenses.

3.2. La distance défensive = la distance sans implication

3.2.1. La professionnalisation

Elle crée une première barrière sûrement nécessaire. La technicité des gestes, la théorisation et la maîtrise scientifique de la maladie permet au soignant de se focaliser sur le côté instrumental du soin. Dans un premier temps cette étape est indispensable pour effectuer le soin de façon efficace. Le risque est de ne rester que dans cette dimension du soin dit « technique », afin de garder une distance et un rapport au corps qui n'est plus direct mais médiatisé par des instruments. De même la protocolorisation et la ritualisation des soins sont des stratégies permettant au soignant de garder une maîtrise des émotions lors du rapport au corps malade.

Le terme de distance thérapeutique ou de distance professionnelle est souvent source de malentendus et pousse les soignants à prendre une distance excessive sous couvert de professionnalisme. Cette distance mal comprise, hyper défensive fait perdre le sens de la relation à l'autre dans la mesure où elle éloigne les affects et la dimension humaine.

²¹ *La dimension cachée*, Seuil, 1971

3.2.2. Les mécanismes de défenses (Théorie psychanalytique)

Martine Ruzniewski dans *Face à la maladie grave* donne cette définition :

« Toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques, qui s'instaurent à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable, parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défenses, fréquents, automatiques et inconscients ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrême. ». Je vais vous en présenter une liste non exhaustive :

- La fausse réassurance du patient: donner au patient un espoir artificiel.
- La rationalisation : isoler le patient en restant dans un discours très technique mettant à distance les affects. Par exemple occulter la souffrance pour ne parler que de la douleur physique.
- L'évitement /Le retrait : Le soignant se met à distance relationnelle : ex : entrer à deux soignants dans une chambre pour éviter de créer une relation dualiste avec le patient. Ne prendre en charge que la DLR physique et non psychologique.
- La généralisation et la banalisation : Travailler dans la répétition, le désintérêt pour le patient. Ne plus individualiser le soin.
- L'esquive : parler avec le patient en déviant la conversation sur un autre sujet que la maladie ou sa souffrance.
- La fuite en avant : La soignant dit tout au patient, toute la vérité, explications sur la maladie etc. mais sans l'accompagner, sans en reparler, sans attendre une réaction de ce dernier.
- Le clivage : mécanisme qui permet de dissocier le monde *malade* du *non-malade* dans la représentation du soignant pour se protéger de la maladie. Cela peut-être nécessaire pour assurer au soignant que le patient est l'Autre et non soi-même. En opposition il peut être responsable du refus des réactions émotionnelles face à la souffrance des patients de peur d'une identification.

3.2.3. Stratégies de défenses collectives

Selon Christophe Dejours²² il existerait des stratégies de défenses collectives qui s'ajouteraient aux mécanismes individuels. Il s'agirait d'un consensus d'équipe qui permettrait aux soignants d'adopter des protections communes pour ne pas souffrir.

L'équipe imposerait aux nouveaux venus son mode de fonctionnement interdisant à chaque soignant d'utiliser la singularité de son fonctionnement psychique.

Même si au sein d'une équipe, les soignants n'appliquent pas les mêmes mécanismes et ne se protègent pas des mêmes patients, cette mise à distance temporaire empêche le soigné de bénéficier d'une relation authentique. Pour un renoncement de ces comportements défensifs, il faudrait que le soignant face appel aux sources de ses peurs et angoisses en élaborant un travail sur son vécu intérieur.

3.3. L'implication sans la distance

3.3.1. Désir de réparation et syndrome de la relation d'aide

L'anthropologie médicale décrit différents comportements humains face à la maladie : le rejet car source de menace et contagion ; la tolérance de la maladie et de la personne atteinte mais seulement si celle-ci reste à part, catégorisée en handicapée. L'acharnement thérapeutique : la recherche constante de solutions curatives. Certes, cette démarche est beaucoup plus satisfaisante que les deux précédentes mais ce désir de réparation peut aussi porter atteinte aux libertés du patient. De plus, l'IDE peut développer de part sa sensibilité excessive un réel « syndrome de la relation d'aide » devant l'échec des thérapeutiques et un excès de culpabilité le conduisant à l'épuisement ou *burn out*.

Pourquoi certaines infirmières sont-elles ainsi plus touchées que d'autres par la souffrance d'autrui ? Pourquoi peuvent-elles être aussi beaucoup plus fragilisée devant l'échec thérapeutique se culpabilisant et se sur responsabilisant ? On touche là aux motivations de base du soignant dont il faudrait analyser les excès et leurs conséquences dans un plus grand chapitre.

²² C.DEJOURS, Travail, usure mentale (1993), Bayard éditions, 2000.

3.3.2. L'identification projective : Entre défense et confusion

« Etre à l'écoute suppose qu'il y ait deux personnes distinctes »²³ Or dans certaines situations où l'on veut être proche de la personne en souffrance, on plonge complètement en elle. Le soignant s'identifie à l'histoire de vie du patient. Il prête au patient une fausse compréhension de sa souffrance et de son mal être qui n'est pas celle du patient mais la sienne : c'est la projection. C'est un mécanisme de défense²⁴ qui va l'aider à penser que ce n'est pas lui qui souffre mais le patient. Cela lui évite de questionner le soigné sur son ressenti et de s'interroger lui même sur ses propres angoisses. Ce n'est plus le patient qu'il entend mais lui-même. Il n'est alors plus aidant. En d'autres termes, l'identification est une assimilation inconsciente à une personne qui nous aspire du plaisir ou de l'angoisse afin de devenir *comme elle* pour se protéger d'elle

3.4. Vers la juste distance

3.4.1. La relation d'aide selon C. Rogers²⁵

Principe de la théorie : La théorie de C.Rogers, opposée à la théorie Freudienne, repose sur un principe fondamental qui est l'auto-découverte mutuelle: c'est une rencontre et une relation entre deux êtres qui vise à comprendre l'autre dans ce qu'il dit mais aussi identifier ses propres besoins à travers les sentiments exprimés par l'autre. C'est la relation qui sert de thérapie. Les trois critères fondamentaux de la théorie sont :

L'authenticité : Il faut être authentique pour être perçu comme digne de confiance par le patient. Il refuse le dualisme intérieur qui entraîne une non acceptation de soi. Il ne faut pas refuser ses sentiments en les refoulant ou utiliser d'autres mécanismes de défenses.

Être authentique passe par l'acceptation totale de soi pour faire une unité. C'est une recherche constante pour être au plus près de ce qu'on est véritablement.

²³ J.Pillot., *L'écoute dans l'accompagnement de la souffrance*, JALMALV n°37. Juin 1994

²⁴ mécanisme de défense faisant partie de ceux décrits en 3.2.2 du cadre conceptuel

²⁵ Psychosociologie 1902-1987

La congruence : Ce terme va de pair avec l'authenticité. Être congruent, c'est être cohérent et conscient de tous ses sentiments internes en surmontant tous les mécanismes de défenses. De cette façon la personne peut-être authentique avec transparence tout en acceptant les sentiments éprouvés par l'autre sans stratégies défensives.

L'empathie : C'est la capacité à comprendre l'autre dans son expérience, dans le monde de ses sentiments afin d'appréhender la complexité de sa situation avec ce qu'il y a d'unique chez lui. Ce n'est pas une identification mais une compréhension des raisons personnelles de l'individu qui le pousse à agir de telle ou telle manière.

Rogers a travaillé sur les questions qui émergent en lui lors de la relation en essayant d'y apporter certaines solutions. La conclusion de sa réflexion serait que la relation d'aide qu'une personne souhaite créer pour faciliter le développement de l'autre, ne peut être qu'à la mesure de ce que cet individu a déjà accompli pour lui même. Autrement dit la relation d'aide optimale ne pourrait être établie qu'à partir d'une personne psychologiquement mure.

3.4.2. les difficultés de l'écoute. Comment être avec ?²⁶

Que faire des émotions ?

Recevoir sans être touché est difficile. Le soignant a peur d'être imploré et de ne plus être aidant. Mais être touché, ce n'est pas ne plus être professionnel. Au contraire si le soignant n'est plus touché il y a quelque-chose de défaillant. L'idéal serait de pouvoir parler et de dire pourquoi cela fait résonance chez lui. (Par exemple lors de groupes de parole, discussions en équipe, etc.).

Le soignant doit écouter les angoisses, c'est une ouverture de l'autre sur sa problématique. Les angoisses sont des moteurs de transformation (Elles permettent à la personne de se remobiliser, de se réunifier). Puis lorsque cela est trop noué on peut faire appel au psychologue, qui travaille sur les nœuds.

Est-ce que c'est prendre en charge ?

Non, comme si la charge était d'un seul côté, cela renvoie à une prise de pouvoir du soignant et dans ces cas là on ne l'aide pas à résoudre sa propre problématique mais on est dans nos propres ressentis.

Est-ce qu'il est question d'entrer dans quelque-chose ?

Non, on ne rentre pas à l'intérieur du soigné. Sinon on est dans la fusion, dans l'identification. Cependant il ne faut pas rester dans une écoute passive qui ne va rien renvoyer à la personne, la laissant dans sa solitude sans avoir évoluer dans sa problématique.

Alors comment être avec ?²⁷

L'objectif est que la personne se retrouve dans son identité. Elle a besoin de se réintégrer en soi, d'entendre son vécu personnel dans le vécu de l'autre et ainsi pouvoir se saisir de sa problématique. Pour cela elle doit pouvoir déverser sa souffrance sans refoulement et être entendue sans jugement.

Le plus important est la prise de contact et plus précisément le mode d'entrée. C'est dès l'accueil, prendre le temps d'être avec la personne dans l'installation.

Cela suppose du côté du soignant :

- Être disponible, réceptif et ne pas interpréter trop rapidement
- Resituer le malade au centre du problème, c'est lui qu'on écoute, c'est lui qui doit se saisir de son problème, il faut s'intéresser à ses ressentis profonds à lui.²⁸
- Respecter les croyances, les valeurs propres de l'individu et son droit de décisions.
- Savoir reformuler les ressentis qu'il a cru avoir perçu de l'autre.
- Ne pas être dans du « trop vite », c'est-à-dire les distorsions de l'écoute lors d'un fort désir de réparation (Rassurer, consoler, juger, Argumenter, Questionner, dévier ...trop vite) Par exemple, les questions peuvent-être vécues comme une intrusion, il faut laisser le temps à la personne de s'exprimer avant de questionner « trop vite ».

²⁷ Titre d'une intervention de Mme MEIGHE, Psychologue, module optionnel cancérologie ; IFSI CHGR.

²⁸ cf. annexe n°6 *Comprendre l'approche centrée sur la personne*, Texte de Carl Rogers.

V.

HYPOTHESE

Pourquoi les infirmières rencontrent-elles des difficultés à prendre en compte la souffrance des femmes ? Grâce à l'apport théorique du cadre conceptuel illustré par les exemples rencontrés dans mes entretiens, j'ai pu élaborer plusieurs hypothèses que j'ai regroupées pour n'en former qu'une.

L'hypothèse principale serait que le soignant développe des mécanismes de défenses contre des sentiments ou émotions auxquels il n'arrive pas à faire face.

✓ Plusieurs stratégies défensives décrites renforceraient une distance hyper-défensive ou au contraire une implication qui conduirait à des risques paradoxaux d'identification et de fusion. Ces derniers (Désir de réparation, identification projective) étant eux aussi des mécanismes défensifs, nous montrent qu'une trop grande proximité ne peut pas permettre, non plus, une relation d'aide convenable, dans la mesure où le soigné ne se retrouve plus au centre de la relation en tant que personne à aider. Il apparaît alors une difficulté pour l'infirmier à se situer pour permettre une distance et une relation de qualité.

✓ Ces mécanismes de défenses peuvent être renforcés ou découlés de représentations sociales du corps malade et de la souffrance. La peur de la contamination ou la considération du patient en tant que « corps-objet » et non « corps-sujet » va entraîner une diminution de la prise en compte du côté psychologique et affectif du soin. Cette dimension du soin serait aussi sous-estimée cause d'un manque de connaissances des professionnels concernant le lien entre la douleur physique et psychologique.

✓ Enfin, il semblerait que les motivations de base des soignants, celles-ci les ayant influencé dans le choix de ce métier et non développés dans le cadre de ce travail, seraient indirectement à l'origine d'une difficulté à prendre en compte la souffrance. En effet des comportements tels le désir de réparation ou une distance excessive seraient issus d'une incapacité à gérer des émotions ou des souffrances persistantes alors que l'infirmier se situait en tant que sauveur tout-puissant du mal.

CONCLUSION

Ce travail m'a permis de mieux comprendre la dynamique du soin, du patient, et la mienne en tant que professionnelle. Il y a une juste distance à adopter dans la relation avec le patient, ce que l'on appelle distance thérapeutique, à ne pas interpréter comme une distance froide qui banalise la souffrance d'autrui.

La représentation du corps malade, les mécanismes de défenses et le contexte institutionnel participent à ce positionnement du soignant, qui sous couvert de professionnalisme, risque de déshumaniser le soin.

Il semblerait que la relation d'accompagnement se construise en fonction du cheminement personnel de chacun sur ses propres faiblesses (peurs, angoisses...) Cela passerait par une reconnaissance de ses propres stratégies défensives lors de groupes de paroles, de discussion en équipe etc.

Il faudrait dépasser la technique, la rationalité scientifique, pour se laisser aller à la rencontre du soigné afin de lui permettre un accompagnement efficace. Être infirmier, n'est pas seulement être technicien : C'est pourtant ce que l'institution favorise en restreignant les effectifs, en réduisant les durées d'hospitalisation pour « gérer » le soin de façon commerciale.

N'est-ce pas à nous, professionnels de demain, de revendiquer cette dimension relationnelle et affective au nom de la qualité du soin ?

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- GUEZ Evelyne et TROIANOUSKI Pablo, *Sciences humaines et soins infirmiers*, éditions Lamarre, 2000.
- SALTER Mave, *Altération de l'image corporelle, rôle de l'infirmière*, Interéditions, 1992, Paris.
- BIOY Antoine et FOUQUES Damien, *Manuel de psychologie du soin*, éditions Bréal, 2002.
- HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital*, Masson-Interéditions, Paris, 97
- PRAYEZ Pascal, *Distance professionnelle et qualité du soin*, éditions Lamarre, 2003.
- DELORME Thierry, *La douleur, à mal à combattre*, Gallimard, 1999
- MERCADIER Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2^{ème} tirage, éditions Seli Arslan, Paris, 2004.

Dictionnaire

Hachette encyclopédique, édition 2002.

Revue

Article, J. Pillot, *L'écoute dans l'accompagnement de la souffrance*, JALMALV n°37, juin 94.

Cours

Olivier Bécouze, *relation d'aide, douleur* ; module de cancérologie, nov-dec 05.

Site internet

- Dr GRANATO Philippe, *Douleur et culture*, 11/12/97, <http://asso.nordnet.fr/valenciennes-douleur/granato.htm>, consultée le 23/12/05.

ANNEXES

Guide d'entretien auprès des infirmières
de service de gynécologie

1) Depuis combien de temps êtes vous IDE ? Avez-vous toujours travaillé dans ce service ? Sinon depuis combien de temps y travaillez-vous

Savoir si l'expérience où la formation IDE influence la pratique soignante et de quelle manière.

2) Vous est-il arrivé de vous trouver en difficultés face à la douleur persistante d'une femme ? Pouvez-vous me décrire une situation ?

Savoir si les IDE se trouvent réellement en difficultés face à certaines douleurs.

2. bis : Dans ce genre de situation, que faites vous ?

Savoir si elles utilisent leur rôle propre et si elles le font consciemment

3) Utilisez-vous d'autres techniques en complément des traitements antalgiques ?

→ Si oui, lesquels ? Quels sont les signes de satisfaction que vous pouvez observer ? A votre avis, pourquoi certaines techniques sont-elle plus efficaces que l'administration d'antalgiques ?

IDEM + Connaître leur difficultés

→ Si non, aimeriez-vous développer ce côté du soin ?

+ connaître le retentissement sur la prise en charge de patients

Annexe n°2

- 4) Pensez-vous qu'il est plus facile de comprendre la douleur d'une femme étant une femme ? Pourquoi ? *Savoir si la relation soignant soigné est différente d'une femme à une femme ou dans ce service spécifique par rapport à un autre service.*

4. bis : Pensez-vous que cela joue sur la relation et la prise en charge de la douleur de ces femmes ?

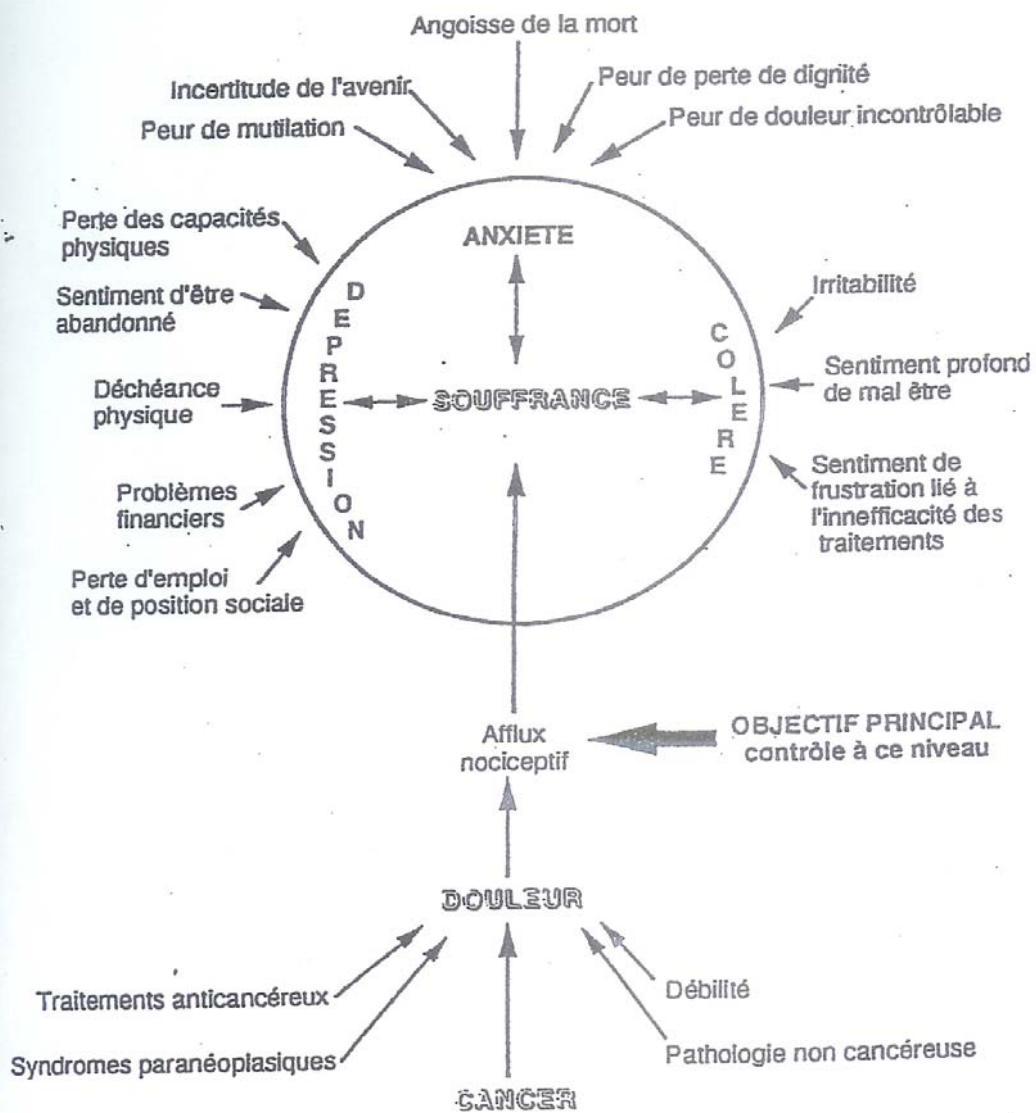
- 5) Avez-vous déjà rencontré des patientes qui, étant douloureuses, refusaient la proximité et/ou la communication avec le soignant ? *Savoir si certaines patientes développent des mécanismes de défenses face à la souffrance*

5. bis : Dans cette situation que faites vous

Savoir si les IDE les perçoivent et ajustent leur comportement consciemment ou

Figure 5: Profil psychologique du patient cancéreux présentant des douleurs

D'après Chapman modifié par Lakdja



Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie

Stades	Patient	Exemple	Comportement habituel du praticien	Attitude à prendre
Choc	surpris à angloisé	"Je ne réalise pas très bien" ...	Donne un maximum d'instructions.	Soutenir Aider le patient à se retrouver.
Dénégation	Détaché Banalisc	"Il y a des maladies plus graves" ...	Persuasif	Instaurer un climat de confiance, chercher en quoi le patient se sent menacé.
Révolte	Agressif Revendicateur	"C'est la faute de si" ...	Se sent attaqué. Juge le patient caractériel.	Empathie-compréhension pour faire préciser l'objet central de la révolte.
Marchandage	± Collaborant Manipulateur	"Je n'accepterai pas une 2ème injection" ...	Irrité Remis en question.	Négocier sur des points secondaires.
Dépression	Triste Méditatif	"Je réalise que je me suis servi de mon diabète pour" ...	Peu attentif	Renforcer l'écoute active susciter un projet d'avenir.
Acceptation	Tranquille Collaborant	"Je vis avec et non pas malgré mon diabète" ...	Gratifié	Renforcer la formation personnalisée du patient
Résignation	Docile Passif	"Je m'en remets à vous, docteur" ...	Dévoté	Eviter d'être leurré Essayer "l'injonction paradoxale"
Pseudo-acceptation	Refuse consciemment de se sentir malade	"Je refuse d'être un handicapé" ...	Impuissant ou menaçant	Permettre au patient de reconnaître ses émotions.

Annexe n°5 (tirée de *Altération de l'image corporelle, Mave SALTER*)

Plan de soins pour des problèmes d'ordre psychologique
en cas de chirurgie gynécologique

Problèmes/ Besoins de la malade	Buts	Actions	Évaluation
Peur de la procédure	Évaluer et diminuer ces peurs pour que la femme puisse faire face à la situation	Reconnaître et discuter de ces peurs. Expliquer clairement les procédures et ce qu'on attendra d'elle. Corriger les informations erronées et les interprétations inadéquates	La femme dit qu'elle a moins peur et qu'elle se sent mieux à même de faire face à l'opération
Sentiments de culpabilité	Montrer que c'est inutile et en diminuer l'importance	Approche donnant confiance sans porter de jugements Explication précise et correction des mauvaises informations concernant la maladie Fournir une source supplémentaire d'aide psychologique et spirituelle si nécessaire	Se rend compte que sa culpabilité n'est pas fondée et le montre en ayant une meilleure compréhension de la maladie et des facteurs de risque
Pense que son partenaire ne la trouvera plus attirante sexuellement	Insister sur le fait qu'elle sera encore attirante sexuellement Encourager des sentiments de dignité, souligner sa valeur et son attrance	Permettre à la femme d'exprimer ce qu'elle ressent. Lui proposer de parler à son partenaire de leurs émotions et de s'entretenir avec un couple de leur âge et de leur milieu qui a vécu une expérience similaire Maintenir l'intimité. Faire attention à l'hygiène personnelle et à l'apparence	Après avoir discuté avec son mari (qui lui a dit que c'est elle en tant personne qui est importante), elle semble plus décontractée et moins anxieuse Commence à porter de l'intérêt à son apparence et aux aspects sociaux de la vie
Perte de féminité et de la capacité à porter des enfants	Reconnaître et discuter de ces sentiments de perte	Stimuler la reconnaissance par une écoute active et montrer l'acceptation. Permettre à la femme d'exprimer sa tristesse, son deuil	Commence à admettre cette perte en reconnaissant qu'elle est encore une femme même si elle est incapable d'avoir des enfants
Peur de ne pas être à la hauteur une fois rentrée et crainte de recommencer les relations sexuelles	Encourager la confiance en soi	Expliquer ce à quoi il faut s'attendre pendant la période de convalescence et donner des indications pour y faire face. Discuter avec le couple sur la reprise des relations sexuelles; donner des explications précises sur le processus de cicatrisation des plaies et donner des conseils sur l'utilisation d'un lubrifiant lorsqu'ils vont recommencer les	Commence à s'intéresser à l'idée de rentrer chez elle et se sent plus décontractée à l'idée de reprendre les relations sexuelles (avec un suivi en consultation ou une visite à domicile)

Comprendre l'Approche Centrée sur la Personne Voici cette autre personne, mon client. (Texte de Carl Rogers)

J'ai un peu peur de lui, de pénétrer ses pensées qui sont en lui, comme j'ai un peu peur des profondeurs qui sont en moi.

Pourtant, en l'écoutant, je commence à éprouver un certain respect pour lui, à sentir que nous sommes parents.

Je devine combien son univers lui paraît terrifiant, quelle tension il met à essayer de le contrôler.

Je voudrais sentir ses impressions, qu'il sache que je le comprends.

Je voudrais qu'il me sache près de lui, dans son petit univers compact et resserré, capable de regarder cet univers sans trop de frayeur.

Je puis peut-être le lui rendre moins dangereux.

J'aimerais que mes sentiments dans ce rapport avec lui soient aussi clairs et évidents que possible, afin qu'il les reçoive comme une réalité discernable à laquelle il pourra retourner sans cesse.

Je voudrais entreprendre avec lui cet effrayant voyage en lui-même, au sein de la peur ancrée en lui, de la haine, de l'amour qu'il n'a jamais réussi à laisser l'envahir.

Je reconnais que c'est un voyage très humain, et imprévisible pour moi, aussi bien que pour lui, et je risque, sans même savoir que j'ai peur, de me rétracter en moi-même devant certains des sentiments qu'il découvre.

Je sais que cela imposera des limites dans ma capacité à l'aider.

Je me rends compte que ses propres craintes peuvent par moment l'amener à voir en moi un intrus, indifférent et repoussant, quelqu'un qui ne comprend pas.

Je veux accepter pleinement ses sentiments en lui, tout en espérant que mes propres sentiments éclateront si clairement dans leur réalité qu'avec le temps, il ne pourra manquer de les percevoir.

Et surtout, je veux qu'il rencontre en moi une personne réelle.

Je n'ai pas à me demander avec gêne si mes propres sentiments sont "thérapeutiques".

Ce que je suis et ce que je sens peut parfaitement servir de base à une thérapie, si je sais "être" ce que je suis et ce que je sens, dans mes rapports avec lui de façon limpide.

Alors il arrivera peut-être à être ce qu'il est, ouvertement et sans crainte.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Note aux lecteurs	2
Remerciements	3
Abréviations	4
Sommaire	6
Introduction	8
VI. <u>Situation de départ</u>	10
Question de départ	12
VII. <u>Exploration</u>	14
Résumé de l'analyse	19
VIII. <u>Démarche de problématisation</u>	22
Problématique	24
IX. <u>Cadre conceptuel</u>	26
4. <u>LIEN DOULEUR SOUFFRANCE</u>	
4.1. <u>Définition</u>	
4.2. <u>L'aspect psychologique de la douleur</u>	
4.2.1. <u>Les différentes douleurs</u>	
4.2.2. <u>Les composantes multiples</u>	27
4.3. <u>Reconnaissance et évaluation de la souffrance</u>	
4.3.1. <u>Reconnaissance des mécanismes de défenses du patient</u>	
4.3.2. <u>Souffrance et altération de l'image corporelle en gynécologie</u>	28
5. <u>LE CORPS ; CENTRE DE L'INTERACTION SOIGNANT-SOIGNE</u>	29
5.1. <u>Le corps malade, un corps symboliquement dangereux</u>	
<i>Le contexte sociétal : Le risque de contamination symbolique</i>	
5.2. <u>Une approche rationnelle du corps : le contexte institutionnel</u>	
6. <u>DISTANCE PROFESSIONNELLE ET QUALITE DU SOIN</u>	30
6.1. <u>La distance intime, la distance du soin.</u>	

6.2. <u>La distance défensive = la distance sans implication</u>	
6.2.1. <u>La professionnalisation</u>	31
6.2.2. <u>Les mécanismes de défenses (Théorie psychanalytique)</u>	31
6.2.3. <u>Stratégies de défenses collectives</u>	32
6.3. <u>L'implication sans la distance</u>	
6.3.1. <u>Désir de réparation et syndrome de la relation d'aide</u>	
6.3.2. <u>L'identification projective : Entre défense et confusion</u>	33
6.4. <u>Vers la juste distance</u>	
6.4.1. <u>La relation d'aide selon C. Rogers</u>	
6.4.2. <u>les difficultés de l'écoute, Comment être avec ?</u>	34
X. <u>Hypothèse</u>	37
Conclusion	39
Bibliographie	41
Annexes	43
n°1 et 2 : guide d'entretien et objectifs	43-44
n°3 : Profil psychologique du patient cancéreux	45
n°4 : Comportements /phases d'acceptation d'une maladie	46
n°5 : Problèmes psychologique en gynécologie	47
n°6 : Texte de Carl Rogers	48
Tables des matières	50
Résumé	verso

Le service de chirurgie gynécologique déborde d'émotions. Les modifications de l'image corporelle chez les femmes les affectent profondément parce qu'elles touchent à leur féminité ou leur statut de mère. Pourtant, après des entretiens exploratoires, il apparaît que les infirmières rencontrent des difficultés afin de prendre en charge la souffrance de ces femmes et priorisent alors les soins dits « techniques ».

Pourquoi cela ? C'est à cette question que je tente d'apporter des réponses par l'appui de mon cadre conceptuel : mécanismes de défenses, difficulté à se positionner dans la relation d'aide, représentations du soin, sont des thèmes abordés dans cet ouvrage.

Mots clés : souffrance psychologique ; mécanismes de défenses ; distance thérapeutique ; gynécologie ; représentations sociales