

## Soutenance orale

### Introduction

Je m'appelle Julie Violet, j'ai 22 ans et je soutiens aujourd'hui mon mémoire de fin d'études visant à l'obtention de mon diplôme d'état d'infirmier. Le titre de mon mémoire est « Parler des peurs, pour vaincre la douleur ». Plus précisément, il aborde le thème de la prise en charge de la douleur post-opératoire en salle de surveillance post-interventionnelle.

Celui-ci fait lien avec mon projet professionnel qui est de me spécialiser en tant qu'infirmière anesthésiste ; j'ai donc choisi de traiter un sujet où l'infirmière travaille en collaboration avec l'IADE. De plus, l'absence de douleur est selon moi, un des éléments essentiels pour une prise en charge infirmière dans le respect du bien-être du patient.

Dans une première partie, je m'attarderai à vous présenter un descriptif bref de la démarche entreprise, des résultats obtenus et des différentes décisions prises lors de l'orientation de ce mémoire. Dans une deuxième partie, je m'attacherai à réaliser une analyse critique de mon travail où seront mis en relief les apports de ce travail et ses limites. Dans une dernière partie, j'indiquerai les prolongements de mon travail pour ma future pratique professionnelle.

### Fonction de rappel

La douleur a un double aspect : physique et psychologique, en effet, elle est d'autant plus importante en sortant du bloc opératoire, qui reste un lieu anxiogène car on y est endormi donc on n'a pas la connaissance de ce qui s'y est passé. A ce titre, je me suis posé la question de départ suivante : « *En quoi l'anxiété ressentie par le patient en post-opératoire joue-t-elle un rôle dans la manifestation de la douleur que l'IDE va prendre en charge ?* »

Pour construire mon travail, je suis partie d'une situation vécue lors de mon stage de deuxième année en salle de réveil ; stage que j'avais tout particulièrement apprécié de par la

diversité des soins et l'importance du rôle de l'infirmière dans ce service spécifique. J'y ai repris la description de la situation, ce qui m'a conduit à me poser diverses questions qui m'ont permises de construire ma question de départ. Ensuite, j'ai ressorti les mots clefs de cette question ce qui m'a permis d'orienter mes recherches spécifiquement. Je suis donc allé me documenter, m'informer en lisant des articles, documents et livres sur le sujet.

En effet, afin de trouver des éléments de réponses à ma question de départ j'ai réalisé plusieurs lectures judicieusement sélectionnées. Tout d'abord, je voulais lire deux ouvrages parlant de la douleur, mais datant de deux périodes différentes afin de pouvoir les comparer. C'est pour cela que mon choix s'est porté sur l'ouvrage de David Le Breton, (anthropologue et sociologue français), datant de 1995 et s'intitulant « Anthropologie de la douleur », ainsi que l'ouvrage de Claire Chauffour (médecin douleur) et Marie Claude Dayde (infirmière libérale) de 2008, s'intitulant « Comprendre et soulager la douleur ». Ces deux ouvrages m'ont été très utiles car très complémentaires, l'un est très théorique sur la douleur mentionnant les dimensions sociales et culturelles, l'autre est plus pratique, expliquant comment prendre en charge cette douleur.

Suite à ces lectures, j'ai donc pris la décision de rester dans le domaine « pratique » de la douleur aiguë, et de ne pas rentrer dans les dimensions sociales et culturelles de celle-ci. Car selon moi, en salle de réveil, l'infirmière possède peu de temps pour prendre en charge cette douleur, il faut agir au plus vite pour soulager le patient. De plus, le patient n'étant pas toujours très bien réveillé, il n'est pas toujours évident pour l'équipe soignante de s'intéresser à la culture du patient, dans un service de courte durée comme la salle de réveil.

D'autres lectures sont venues compléter mes recherches, notamment de nombreux articles parus dans les revues « Soins » et « La revue de l'infirmière ».

Ces différentes recherches théoriques ont constituées la première partie de ma méthode pour l'élaboration de ce mémoire. Dans un deuxième temps, des entretiens semi directifs ont été réalisés auprès de cinq infirmières travaillant dans des établissements de santé différents. Ces entretiens ont permis de réaliser une analyse comparative entre le cadre conceptuel établi et la réalité du terrain.

Les résultats de l'enquête ont permis de mettre évidence que la prise en charge de l'anxiété en post-opératoire n'était pas des moindres ; toutes les infirmières interrogées expliquent mettre en place des soins relationnels afin de rassurer au mieux le patient. De plus, quatre infirmières sur cinq affirment que la prise en charge de la douleur et celle de l'anxiété sont liées.

En conclusion, cette étude nous permet de mettre en avant l'intime lien entre les soins techniques et les soins relationnels.

Dans la partie suivante, je souhaiterais réaliser une analyse critique de mon travail.

### **Fonction d'analyse critique**

Le premier point positif concerne l'enrichissement personnel et le plaisir pris à rechercher des théories et concepts développés par des auteurs aux profils différents. En effet, j'ai pris plaisir à prendre de la distance par rapport à ma propre pratique car derrière les théories énoncées se trouvent des clés pour comprendre et améliorer sa pratique professionnelle.

Puis, en relisant mon travail de fin d'études, j'ai relevé un point positif important : la situation est claire, le questionnement qui en découle est logique et les différentes parties sont fluides à lire, on arrive bien à faire le lien entre chaque partie malgré l'absence de sous-titres. Lors du développement de ce travail écrit, j'ai inclus quelques citations que j'ai pu recueillir lors de mes recherches ou de mes entretiens au fur et à mesure, ce qui me paraît plus constructif pour étayer mon sujet. Ces citations, me semblent appropriées pour appuyer les idées que j'ai voulu développer et celles-ci permettent de les renforcer.

Un autre point positif a été la rencontre avec les professionnelles de terrain, car si les théories peuvent être d'un grand enrichissement, c'est au travers des réponses des professionnelles que l'on peut vraiment mettre en relief les ressources théoriques. Le fait d'aller à la rencontre d'autres professionnelles, qui s'intéressait à mon sujet de travail, a été très enrichissant. Les échanges ont été très complémentaires et chacune des professionnelles a amené à sa façon une

aide précieuse à mon travail. De plus, étant de nature assez réservée, la réalisation de ces entretiens m'a permis de prendre de plus en plus confiance en moi, au fil des rencontres.

Cependant, ce travail a présenté également quelques limites. Tout d'abord, une limite de temps, car traiter un sujet en quelques mois, n'est pas évident, il faut savoir s'organiser et gérer son temps pour ne pas être débordé par les événements. Je relèverai également une limite au niveau de la quantité à fournir, le nombre de pages étant limité, il ne m'a pas toujours été évident de trier les informations et les réflexions afin de respecter cette consigne. Il n'est pas facile de limiter ses propos quand le sujet dont on parle nous intéresse.

De plus, une de mes questions n'a pas été comprise par les infirmières interrogées, celle sur le raisonnement clinique, la question a été reformulée dans chacun des entretiens réalisés afin qu'elle soit le mieux comprise possible.

Ensuite, les résultats ne sont pas très représentatifs car je n'ai pu interroger que cinq infirmières malgré le fait que j'ai pu m'appuyer sur leur propos qui était très intéressant mais une démarche scientifique nécessiterait de nombreux autres entretiens. Cependant, lorsque j'ai réalisé ma grille de dépouillement, j'ai pu observer que les réponses étaient très complémentaires car elles n'étaient pas toutes similaires, ce qui a facilité l'analyse et mon cheminement quant à la prise en charge de la douleur et de l'anxiété en salle de réveil.

Enfin, si je devais étoffer mon travail, il me paraît évident que j'aborderai les différentes causes de l'anxiété du patient à son réveil telles que l'angoisse de la mort, la peur de souffrir ou d'avoir des complications suite à l'intervention.

J'aimerais à présent passer à la troisième partie concernant le développement prospectif de mon travail.

### **Fonction prospective**

Ce travail a enrichi ma représentation du rôle soignant, notamment du point de vue des soins relationnels. En effet, durant mon parcours de stage, il m'a souvent été reproché de ne pas

assez développer ces soins relationnels ; malgré les connaissances acquises en formation, j'avais vraiment du mal à les mettre en œuvre et à en comprendre l'importance lors des soins. Ce travail et tout ce cheminement m'ont réellement servi quant à la compréhension du rôle de l'infirmière, outre son rôle sur prescription face à l'anxiété et à la douleur du patient.

J'ai pu continuer à élaborer ma réflexion lors de mes derniers stages qui se sont déroulés aux urgences et à domicile. Ces lieux de stage très différents, m'ont permis de mettre en pratique les recherches effectuées autour des soins relationnels. Notamment aux urgences où j'ai su observer les manifestations de l'anxiété des patients et leur famille, répondre à leurs questions pour les rassurer, j'ai même pris du plaisir, pour la première fois dans la formation, à mettre en œuvre ces soins relationnels et cela a même été relevé par l'équipe soignante qui l'a notifié sur mon bilan de fin de stage.

J'aimerais à présent vous présenter ma conclusion.

## **Conclusion**

J'aimerais tout d'abord insister sur le plaisir que j'ai eu à réaliser ce mémoire, en effet, partir des théories et pouvoir s'appuyer sur cette assise permet véritablement de s'épanouir professionnellement car nous gagnons en légitimité. Ce travail m'a surtout permis de renforcer mon positionnement et mes valeurs professionnelles qui s'appuient sur la vision humaniste du soin qui considère la personne dans sa dimension singulière.

A l'issue de mes recherches et de mes réflexions, j'en suis donc arrivée à la question de recherche suivante : « *Doit-on associer à la prise en charge de la douleur et à ses outils d'évaluation, une échelle d'évaluation de l'anxiété en salle de surveillance post-interventionnelle afin de tendre vers une prise en charge de qualité ?* ».

Je penserai plutôt à une échelle allant de 0 à 10 comme l'échelle visuelle analogique permettant d'évaluer la douleur. Une échelle qui « mesurerait » l'anxiété en fonction des manifestations observables par l'infirmière de salle de réveil. Plus le score s'approcherait de

10, plus le patient présenterait les manifestations de l'anxiété telle qu'une hypertension artérielle, une tachycardie, une sudation ou une difficulté de concentration par exemple. Cette échelle serait incluse dans la feuille de surveillance du patient. On pourrait d'ailleurs en parallèle, y noter les actions mises en œuvre par l'infirmière afin de réduire cette anxiété, telle que la réassurance, le repositionnement dans le temps et l'espace ou encore la réponse à certaines questions.

Cependant, encore une fois, toutes les notions évoquées ne le sont que brièvement et j'aimerais dès le début de ma carrière professionnelle développer des compétences aussi bien théoriques que cliniques pour lesquelles j'ai hâte de commencer.

Je vous remercie de m'avoir écouté.