

IFSI de Montereau  
Promotion 2014/2017  
Benjamin CAPPOEN

## L'influence de l'anxiété dans la douleur liée aux soins chez des patients souffrant de douleurs chroniques

UE 5.6 .S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Travail écrit de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état infirmier

Remis le 22 Mai 2017

Session Juillet 2017

Soutenu le 22 Juin 2017



Note aux lecteurs : « **Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur** »

## INDEX

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EN : Évaluation Numérique

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IASP : International Association for the Study of Pain

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Op. Cit : Auteur cité précédemment

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

PCA : Patient Controlled Analgesia

SSRG : Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique

UPSA : Union de Pharmacologie Scientifique Appliquée

USLD : Unité de Soins Longues Durées

USP : Unité de Soins Palliatifs

## Table des matières

Introduction.....	1
I] Situation d'appel et questionnements.....	2
I.1] Situation 1.....	2
I.2] Situation 2.....	2
I.3] Motivation.....	3
I.4] Cheminement personnel.....	3
II] Cadre de référence.....	8
II.1] Le concept de soin et d'infirmier.....	8
II.1.1] L'histoire de la profession et sa représentation.....	8
II.1.2] La philosophie du soin.....	9
II.1.3] D'un point de vue législatif.....	10
II.2] L'anxiété.....	12
II.2.1] Définitions.....	12
II.2.2] Symptomatologie de l'anxiété.....	13
II.2.3] Le lien entre l'anxiété et la douleur.....	13
II.2.4] Traitements de l'anxiété.....	14
II.2.4.1] Traitement médicamenteux.....	15
II.2.4.2] Traitement non médicamenteux.....	15
II.3] Douleurs.....	16
II.3.1] Aspects législatifs.....	16
II.3.2] Physiopathologie de la douleur.....	17
II.3.2.1] Douleurs chroniques.....	17
II.3.2.2] Douleurs Aiguës.....	19
II.3.2.3] Douleurs liées aux soins.....	20
III] Enquête de Terrain.....	21
III-1] Argumentation de l'outil d'enquête choisi.....	21
III-2] Argumentation de la population enquêtée.....	22
III-3] Analyse du « prendre soin » et des valeurs infirmières.....	22
III-4] Analyse de la partie concernant les douleurs.....	23
III-5] Analyse du concept d'anxiété.....	26
III-6] Conclusion de l'analyse.....	28
Conclusion.....	29
Bibliographie par ordre chronologique.....	30
Annexe.....	32
Annexe I.....	33
Annexe II.....	34
Annexe III.....	36
Annexe IV.....	39
Annexe V.....	41
Annexe VI.....	43
Annexe VII.....	46
Annexe VIII.....	46
Annexe IX.....	47

## **Introduction**

J'arrive à la fin de mes trois années d'études dans le domaine des soins infirmiers. J'en suis d'un certain point de vue, au même stade que lors du concours oral, je veux aider les patients à se rétablir dans les meilleures conditions possibles.

Malgré tout, j'ai bien vu au cours de mes différents stages, que mon image idéale du monde soignant n'est pas toujours présente dans la réalité. Qu'il s'agisse de l'environnement, du personnel ou du contexte de travail, j'ai pu me rendre compte que pour soigner un patient, certains aspects étaient négligés dans certaines situations. Les faits m'ont montrés que pour faire le plus vite possible en situation d'urgence, l'hygiène pouvait être réduite au strict minimum; ou bien lorsque les journées de travail sont surchargées, les soins relationnels laissés quelque peu de côté, ou encore une prise en charge de la douleur compliquée liée à divers facteurs. Des études nous disent que la douleur qu'elle soit chronique ou aiguë est le premier motif de consultation. Cette douleur qui est multifactorielle et qui est traitée de différentes façons en fonction des services et des soignants est souvent associée à une peur d'avoir mal.

A travers les premières lectures effectuées, j'ai compris qu'un lien existait entre la douleur et l'anxiété. Je me suis alors demandé en quoi l'anxiété influait sur la perception de la douleur lors des soins. Cette question j'ai voulu me la poser chez une catégorie de patient particulière, celle qui est déjà confrontée tous les jours à la souffrance, c'est-à-dire les patients douloureux chroniques.

Dans une première partie, je ferai part de mon raisonnement qui m'a poussé à me questionner ainsi. Nous commencerons par deux situations d'appel puis à travers mes lectures et mon raisonnement, nous arriverons à ma question de départ.

Dans ma deuxième partie, je m'appuierai sur des sources scientifiques pour développer mes concepts et approfondir les thèmes que sont l'infirmier et le soin, l'anxiété et la douleur.

Enfin dans la dernière partie de ce travail, je confronterai la pratique actuelle des infirmières que j'ai recueillies lors d'entretiens semi-directifs à la théorie pour en faire l'analyse. Grâce à cette analyse, j'ouvrirai mon travail de fin d'étude vers une possible question de recherche.

## **I] Situation d'appel et questionnements**

### **I.1] Situation 1 :**

Étudiant en 2ème année en stage de nuit aux Urgences. Lors des transmissions j'entends qu'une infirmière doit poser une sonde naso-gastrique sur une patiente. Je ne connais pas l'infirmière et lui demande si je peux assister au soin avec elle, car je n'en ai jamais vu.

La pose de sonde naso-gastrique est un soin que je trouve très invasif et douloureux. J'appréhende beaucoup de devoir le faire moi-même car je suis mal à l'aise avec les douleurs des patients pendant les soins.

L'infirmière prépare son matériel, et commence le soin. Elle applique une pulvérisation d'anesthésique dans chaque narine, lubrifie l'extrémité de la sonde et commence à l'insérer. Je me rends vite compte que la patiente est très douloureuse, elle grimace, se tortille, et vient à demander que l'infirmière arrête son soin. L'infirmière continue le soin en disant que « c'est bientôt fini et que le plus difficile est passé ». En effet, quelques secondes après la sonde était en place.

La patiente dit qu'elle a toujours mal et que la sonde la gêne. C'est alors qu'elle vomit une grosse quantité de liquide. Elle se plaint à nouveau de la douleur du passage de la sonde dans le nez. La patiente demande combien de temps elle devra garder la sonde. L'infirmière lui dit qu'elle ne sait pas car cela dépendra du médecin. Nous changeons la chemise de la patiente car elle est souillée et nous quittons la pièce.

Je suis choqué de la douleur qu'a engendré ce soin. Je le pensais douloureux mais pas à ce point. Je donne mon ressenti à l'infirmière et elle me dit que c'est normal, que c'est un soin « pas très agréable ». La pose de sonde naso-gastrique reste donc pour moi un soin qui continue à m'impressionner. Je suis également aussi étonné du peu de communication et d'empathie de l'IDE envers la patiente.

### **I.2] Situation 2**

Je suis toujours en stage de nuit aux Urgences. Nous recevons via les pompiers un homme victime d'un accident de la voie publique. L'infirmière qui a pris les transmissions me

demande si je veux bien aller lui prendre ses constantes et lui poser une perfusion afin de lui injecter des antalgiques par voie intraveineuse. Je me présente au patient, lui demande ce qu'il lui est arrivé; il m'explique qu'il a chuté en scooter. Mr K. me signale que le collier cervical des pompiers le gêne et. m'informe qu'il a mal à sa jambe qui est dans une attelle gonflable.

A l'aide d'une évaluation numérique, Mr K. estime sa douleur à 8/10. Je vais prévenir le médecin pour l'informer de cette douleur afin qu'il prescrive des antalgiques adaptés. Je me renseigne pour pouvoir mettre Mr K. en box plutôt que dans le couloir.

Je l'installe dans un box, je le perfuse et lui injecte 1g de Perfalgan. Je l'informe qu'une radiographie lui a été prescrite et qu'on va venir le chercher.

Quelques minutes plus tard, on entend de forts cris provenant de la salle où se font les radiographies. Le manipulateur radio vient nous voir, et nous informe que Mr K. est beaucoup trop douloureux pour l'examen. Il nous indique que dans ces conditions là, il ne peut rien faire. Le médecin est prévenu. On lui administre les traitements prescrits. Nous laissons le temps aux antalgiques d'agir, et une fois l'EN < 3 la radiographie est faite, inconfortablement mais sans cri.

Au retour dans la chambre, le patient est soulagé. Nous l'informons que nous allons enlever l'attelle des pompiers pour en mettre une rigide, car il ne sera opéré que le lendemain.

Je suis inquiet concernant la douleur du patient, en effet le changement d'attelle devrait être encore plus douloureux que la manipulation lors de la radiographie.

On injecte à nouveau de la Morphine IV et lui donne le masque pour le MEOPA pour soulager la douleur induite par la manipulation. Le médecin et l'infirmier vont tenir la jambe du patient pendant que je fais l'échange des attelles. Je suis encore très mal à l'aise avec la douleur que ressentent les patients, et je me dis que je dois faire vite. Nous réalisons la manipulation et le patient devient très douloureux quasi-instantanément. Il se crispe, puis se met à crier, de plus en plus fort, jusqu'à dire qu'il va « tomber dans les pommes ». Cependant, le patient reste conscient jusqu'à la fin. Nous lui administrons à nouveau de la morphine pour le soulager et le réinstaller. La douleur diminue assez rapidement après l'arrêt de la manipulation. Il sera ensuite transféré en service de chirurgie.

### **I.3] Motivation :**

J'ai choisi ces deux situations car je suis en présence de deux patients qui sont très douloureux. Sur le moment, la douleur de ces patients m'a mit en difficulté. Plusieurs mois après ces 2 situations, j'éprouve moins de difficultés face à la douleur des patients. J'ai pu mettre en pratique des techniques de soulagement de la douleur en service de chirurgie, qu'elles soient médicamenteuses ou non.

J'aimerais en tant que futur soignant faire en sorte que les patients que je prends en charge soient le moins douloureux possible, que ce soit pendant ou en dehors des soins.

### **I.4] Cheminement personnel**

En tout premier lieu, je me suis interrogé sur le fait que chaque infirmier diplômé d'état avait une façon différente de prendre en charge la douleur des patients. Dans un cas, l'IDE semblait ne pas faire tout ce qui lui était possible pour soulager la douleur de la patiente. Non prise en compte du protocole du service et des soins relationnels réduit au minimum. Dans l'autre cas, l'IDE cherchait différents moyens thérapeutiques et relationnels pour soulager la douleur du patient. Soins relationnels tels que l'explication de tous les soins effectués ou l'humour avec le patient et sa femme, utilisation des protocoles et une limitation des manipulations. Face à ces différences je me suis posé cette question :

-En quoi l'omniprésence de la douleur dans le quotidien de l'infirmier travaillant aux Urgences modifie la prise en charge de la douleur du patient?

Après avoir lu l'article *L'infirmière et la douleur: La douleur aux urgences* de Valérie Heuyer (IADE, référente douleur)<sup>1</sup>, j'ai compris que la douleur était un symptôme nécessaire au diagnostic médical. L'infirmier travaillant aux urgences étant informé de cela, sa prise en charge de la douleur va être différente de celle d'un infirmier de service d'hospitalisation classique et le soulagement sera différé. Je ne pouvais donc pas m'orienter vers ce sujet car il s'agit d'un service particulier.

Je me suis donc demandé pour quelles raisons la prise en charge infirmière de la douleur liée aux soins est différente en fonction du profil du patient pris en charge. C'est-à-

---

<sup>1</sup> HEUYER, Valérie. La douleur aux urgences. UPSA, L'infirmière et la douleur, 2003, vol. 6.

dire soulagée différemment en fonction de l'âge, la pathologie, l'état psychologique du patient etc... Je me suis rendu compte que ce serait remettre en question l'éthique des professionnels auprès desquels je ferai mon enquête. Il serait donc difficile d'avoir des réponses franches car je remettrais en cause leur pratique professionnelle.

J'ai lu par la suite le livre de Claire Chauffour-Ader (docteur en médecine spécialisée dans la prise en charge de la douleur en soins palliatifs) et Marie-Claude Daydé intitulé *Comprendre et soulager la douleur*<sup>2</sup> dans lequel j'ai pu en apprendre plus par rapport aux différents mécanismes physiopathologiques de la douleur ainsi que les différents moyens de la soulager mais aussi le rôle de l'anxiété dans ce processus.

Dans l'article écrit par Mme Heuyer<sup>3</sup>, il est mis en évidence que 90% des motifs de consultations aux urgences sont liés à la douleur. Elle montre ensuite que seulement 10% des patients se trouvent soulagés après en moyenne cinq heures d'attente.

Dans un article écrit par Mme Fernandez Hélène (Cadre Supérieur de Santé - Département d'Évaluation et Traitement de la Douleur - Équipe Mobile Départementale de Soins Palliatifs) traitant de « *l'antalgie, la PCA (Patient Controlled Analgesia) et la morphine en soins palliatifs* »<sup>4</sup>, les études montrent que 90% des patients en service de soins palliatifs ont une PCA mise à disposition. Parmi ces patients, 90% se disent soulagés de leur douleur.

On peut à travers ces deux articles mettre en relief que le soulagement de la douleur n'est pas au même rang des priorités en fonction des services.

J'ai ensuite voulu approfondir le sujet des **douleurs liées aux soins** auxquelles j'ai été confronté lors de mes deux situations.

Dans l'ouvrage *Douleurs induites*<sup>5</sup> de l'institut UPSA écrit par Françoise Beroud (responsable de l'institut de la douleur UPSA), on peut lire dans le chapitre des douleurs post-opératoire que « *64% des patients interrogés se plaignaient de douleurs induites et parmi celles-ci, 45% étaient consécutives à des gestes ou soins quotidiens, 30% à des examens pratiqués au lit et 26% à des douleurs liées au transports. [...] la moitié étaient causées par le personnel paramédical* ».

Aux urgences, les douleurs induites sont liées aux soins invasifs tels que les ponctions,

---

2 Chauffour-Ader, C et Daydé, M-C, *Comprendre et soulager la douleur*, 2ème édition, Édition Lamarre, 2012

3 Op. Cit.

4 FERNANDEZ, H. Antalgie, PCA et Morphine en soins palliatifs. UPSA, L'infirmière et la douleur, 2006, Vol 10

5 BEROUD, F (sous la dir). *Les douleurs induites*. Paris. UPSA 2010. ISBN 2,910844-12-9

les poses de sondes qui sont pour la plupart du temps faites quasi-systématiquement sans attendre l'efficacité d'une analgésie lorsqu'elle est utilisée. A travers cet ouvrage, il est mis en avant que dans tous les types de services hospitaliers, les douleurs induites sont systématiquement présentes, bien qu'étant une priorité de soulagement chez les patients d'âges extrêmes. Dans chacun des chapitres, il est démontré que l'évaluation de la douleur avant, pendant et après les soins est primordiale pour mieux la prendre en compte et la soulager.

Une étude réalisée en Soins de suite et Réadaptation et en Gériatrie chez des personnes présentant des douleurs chroniques, initiée par le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur<sup>6</sup> met en évidence que plus de 80% des douleurs d'intensité élevée dans ce secteur sont liées soit à des **soins d'hygiène, soit à des mobilisations**, et seulement 0,9% d'entre elles sont prises en charge par une technique antalgique. Il est ici intéressant de souligner que les soins du rôle propre qui sont très fréquent dans la prise en charge infirmière, sont ressentis comme étant les plus douloureux, malgré tout ils restent les moins soulagés.

Lors de mon stage de nuit en chirurgie, j'ai pu échanger avec l'infirmière qui m'encadrerait, sur mon ressenti face à la douleur des patients. Elle a pris du temps pour m'expliquer que les antalgiques ne sont pas la seule méthode pour traiter la douleur. Elle m'a démontré que le temps pris à expliquer les soins à un patient permettait de réduire l'anxiété et donc l'anticipation de la douleur. Elle m'a montré qu'une relaxation et une installation confortable d'un patient se traduisait souvent par un soin qui se déroule dans de meilleures conditions. Elle m'a prouvé aussi qu'en l'absence de médicament antalgique, le simple fait de surélever un membre ou de mettre une poche de glace pouvait soulager des douleurs post-opératoire orthopédique. Toutes ces méthodes font parties du rôle propre de l'infirmière comme le montre les articles R4311-3 et R4311-5 du Code de santé publique.<sup>7</sup>

En cherchant d'autres moyens pour soulager la douleur, j'ai aussi pu lire sur le site e-cancer<sup>8</sup> que « *en complément des médicaments contre la douleur et des traitements du cancer, d'autres méthodes sont utilisées pour soulager la douleur : soutien psychologique, relaxation,*

6 Centre national de ressources contre la douleur [En ligne]. [Consulté le 17/12/2016] Disponible à l'adresse : <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Carbajal2010.pdf>

7 Code de santé publique. [En ligne, consulté le 17/12/2016] Disponible à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060426>

8 INSTITUT NATIONAL DU CANCER, SOULAGER PAR DES TECHNIQUES NON MEDICALES [en ligne]. [Consulté le 30/11/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-par-des-techniques-non-medicales>

*sophrologie, hypnose, neurostimulation, kinésithérapie, massages, etc. La place de ces méthodes est de mieux en mieux reconnue dans le traitement de la douleur ».*

Finissant la formation générale dans quelques mois, je me suis dit que sans autre formation supplémentaire, **l'anxiété** qui est un facteur « aggravant » des douleurs, est l'une des causes sur lesquelles je peux agir pour limiter les douleurs liées aux soins. J'aimerais approfondir le lien existant entre l'anxiété et la douleur afin de pouvoir traiter aux mieux ces deux symptômes.

Au vu de l'étude du centre national de ressources de lutte contre la douleur auprès des patients ayant des douleurs chroniques et ayant commencé à explorer le lien entre l'anxiété et les douleurs, j'en suis venu à me poser cette question :

**Chez un patient présentant des douleurs chroniques, en quoi la prise en charge de l'anxiété par l'infirmier permet de diminuer la douleur liée aux soins qu'il effectue ?**

## **II] Cadre de référence**

### **II.1] Le concept de soin et d'infirmier**

#### **II.1.1] L'histoire de la profession et sa représentation**

Pour débiter ce cadre théorique, j'ai décidé de me pencher sur l'histoire et les fondements de la profession pour découvrir quelles en sont les valeurs à l'origine.

A l'aide du site d'archive de coordination nationale infirmière<sup>9</sup> j'ai retracé l'histoire de la profession.

Au Moyen-Age, le métier d'infirmier n'existe pas encore. Cependant, certaines personnes ont un rôle d'assistant à la misère et viennent en aide aux plus malheureux. Il s'agissait pour la plupart de femmes d'église, leur rôle était donc religieux. Elles accumulaient les connaissances par leurs observations et transmettaient leur savoir à l'oral. Elles obéissaient aux ordres des médecins accompagnés des prêtres et vouaient leur vie au service de Dieu. Leur rôle étaient l'accompagnement dans la souffrance et l'aide sociale.

Au XIXème siècle, le Dr Bourneville demande une loi concernant la profession d'infirmier, celle-ci devient laïque et nécessite une formation. Les premiers stages seront effectués en 1878 à l'hôpital Salpêtrière. En 1860, à l'étranger Florence Nightingale aura la même initiative en participant à la création de l'école Saint Thomas.

Afin de professionnaliser le rôle d'infirmier, différents diplômes vont être créés. En 1907 celui d'infirmière en psychiatrie, puis celui d'infirmière polyvalente qui assurait l'aide sociale et l'activité de soin. Entre 1938 et 1942, la distinction entre ces deux rôles est faite avec la création d'un diplôme d'assistante sociale et le diplôme d'état d'infirmier. En 1956 est créé le diplôme d'aide-soignant. Jusque là tous les soins auprès du patient étaient uniquement dévoués à l'infirmière et au médecin.

Nous pouvons voir que le rôle infirmier a été pendant longtemps un rôle social. C'est au début du XX ème siècle que le soin s'est dissocié du social.

---

9 Histoire de la profession infirmière [En ligne] [Consulté le 07//02/2017] Disponible à l'adresse : <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/20081017683/Actualites/Pour-en-finir-une-bonne-fois-pour-toute-avec-l-histoire.html>

## II.1.2] La philosophie du soin

D'après le dictionnaire Larousse, le soin se définit comme des « *Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un : Entourer ses hôtes de soins attentifs. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps : Les premiers soins à un blessé.* »

En ce qui concerne la définition des soins infirmiers de l'Organisation Mondiale de la Santé ils « *représentent les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre.* »

Après ces deux définitions, nous pouvons nous interroger sur ce qu'est l'état de santé de quelqu'un.

D'après l'OMS toujours, la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

Nous voyons ici que la santé revêt différentes formes. L'aspect social refait apparition dans le domaine de la santé, mais aussi le fait que l'absence de pathologie ne garantit pas la santé.

Afin de nous aider à définir le bien-être de cette définition, différentes personnes se sont penchées sur les besoins qu'il faut combler pour être en santé.

D'après un site anglo-saxon retraçant la philosophie de Florence Nightingale<sup>10</sup>, elle considère les soins infirmiers différents de la médecine. Le but de la profession est de « *replacer le patient dans les meilleurs conditions face à la nature* », c'est à dire, lui rendre un maximum d'autonomie. Elle considère la personne comme unique, complexe et multidimensionnelle. Elle suppose qu'être en santé c'est être capable « *d'utiliser tout le pouvoir que nous avons* » et que la maladie et les problèmes sociaux peuvent l'entraver. Nous voyons ici, la base d'une prise en charge globale, prenant en compte un état mental, physique et social du patient.

Virginia Henderson établit que les soins infirmiers servent « *à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la*

---

<sup>10</sup> Théorie du nursing selon F. Nighingal [En ligne] [Consulté le 07/02/2017]  
[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Florence\\_Nightingale\\_theory.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Florence_Nightingale_theory.html)

*santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de forces, de volonté ou de savoir* ». Elle définit les besoins de l'individu en 6 catégories : biologique, physiologique, psychologique, social, culturel et spirituel. Cette idée de classification des besoins, bien que datant de plusieurs dizaines d'années est encore très utilisées aujourd'hui afin de concevoir le projet de soin du patient. L'objectif étant toujours le même, aider le patient à combler ses besoins afin qu'il récupère le maximum d'autonomie.

Quelques années plus tard, en 1943, Abraham Maslow publie sa théorie des besoins sous forme d'une pyramide. Il émet l'hypothèse que certains besoins sont plus vitaux que d'autres et que s'ils ne sont pas comblés, ceux de « l'étage supérieur » ne peuvent pas l'être non plus (Cf Annexe VII). Il priorise de cette façon : en premier les besoins physiologiques, puis de sécurité, d'appartenance et d'affection, d'estime de la part des autres et enfin d'accomplissement de soi.

Ce que l'on peut conclure de ces 3 théories différentes c'est que l'individu est unique et complexe. Ses besoins sont globaux et il n'est pas possible de prendre en charge un patient d'un seul point de vue. De part la relation entre son corps, son esprit et son environnement l'infirmier doit avoir une approche multidimensionnelle. Cette approche doit être technique, humaniste et altruiste pour pouvoir le soulager au niveau médical, psychologique et social afin de lui permettre de retrouver un « état de complet bien-être ».

Quelles sont les lois et les règles lui permettant d'exercer au mieux sa profession afin de parvenir à rendre au patient cet état de santé recherché ?

### **II.1.3] D'un point de vue législatif**

L'infirmier selon le ministère de la santé et des affaires sociales<sup>11</sup> se définit comme le professionnel qui « *réalise des soins destinés à maintenir ou restaurer la santé de la personne malade. Il surveille l'état de santé des patients et coordonne les soins pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie. Il agit, soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin : entretiens avec le patient et sa famille, éducation thérapeutique, préparation et distribution de médicaments, soins de nature technique (pansements, prélèvements, prise de tension, injections...)*. »

---

<sup>11</sup> Définition de l'infirmière [En ligne] [Consulté le 30/12/2016] Disponible à : <http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier>

La formation d'infirmière diplômée est définie dans l'arrêté du 31 juillet 2009 selon dix compétences. Pour être diplômé d'État, il faut que ces dix compétences soient évaluées et certifiées dans leur globalité. Le référentiel permet à l'étudiant au cours de sa formation de développer différentes qualités qui lui permettront d'être le plus polyvalent possible en tant que jeune diplômé. A travers ces 10 compétences acquises il pourra exercer dans le secteur privé ou public, dans la plupart des services mais aussi dans le secteur éducatif ou social.

L'exercice professionnel est réglementé avec précision. Plusieurs articles législatifs cadrent les fonctions et les limites du champ professionnel de l'infirmière. D'après l'article R4312-3<sup>12</sup> « *l'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence...* ». Cet article engage la responsabilité de l'infirmier quand à ses connaissances et à sa maîtrise des soins techniques. On peut noter aussi à travers l'article R4312-26<sup>13</sup> que le patient est protégé par la loi : « *l'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.* ».

Les actions que met en place l'infirmier peuvent être regroupées en deux grandes familles. Les actions de son initiative, qui ont un rôle sur le bien-être, le confort et la sécurité du patient et les actions en application d'une prescription médicale. La distinction entre ces deux rôles est réglementée dans le code de la santé publique à travers les articles R4311-5 pour les soins dit du « rôle propre » et R4311-7<sup>14</sup> pour les soins du « rôle sur prescription ».

Ces textes relatifs à la législation de la profession d'infirmier permettent de mettre en avant la même idée que celle développée par F. Nightingale. Il y a d'un côté un rôle sur prescription et de l'autre un rôle plus humaniste. Comme nous allons le voir dans la suite, c'est l'ensemble de ces deux aspects qui permettra une prise en charge complète du patient. Elle permettra aussi de soulager entièrement ses maux, que ce soit de l'anxiété, de la douleur ou une autre pathologie, car le rôle prescrit sans le rôle propre, la synergie entre les deux ne peut s'effectuer.

---

12 Journal Officiel, arrêté du 31 juillet 2009, art. R.4312-3, p. 216

13 Journal Officiel, arrêté du 31 juillet 2009, art. 4312-26, p. 218

14 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V

## II.2] Anxiété

### II.2.1] Définitions

Selon le dictionnaire Larousse, l'anxiété se définit comme « *un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité* ».

En 1995, le professeur en psychiatrie Ph.-J. Parquet dans son ouvrage traitant du stress et de l'anxiété<sup>15</sup> la considère comme « *une émotion qui peut se définir par un sentiment, une perception psychologique subjective de danger et de menace à venir s'accompagnant de modifications psychologiques et comportementales* »

Afin d'éviter toute confusion, il est nécessaire de faire la distinction entre l'état d'anxiété que peut percevoir un patient comme dans la définition du Larousse et le trouble anxieux qui est une pathologie à part entière décrite dans les livres de psychiatrie.

Le docteur C. André psychiatre et psychothérapeute nous informe de la différence entre le stress et l'anxiété sur le site de psychologies.com<sup>16</sup> : « *l'anxiété renvoie quant à elle à la tendance de tout être humain à anticiper et à grossir les difficultés [...] en quelque sorte, c'est la capacité à amplifier ou à créer soi-même du stress* ».

Je trouve cette définition intéressante pour cette recherche. Comme je l'ai lu dans les différents ouvrages qui m'ont emmenés vers le thème de ce mémoire, les notions d'anticipation et de mémorisation de la douleur ont un rôle très important dans le ressenti de la douleur, elles seront traitées par la suite.

Dans le roman d'A. Lieby<sup>17</sup> tiré d'une histoire vraie, l'auteure nous montre que la douleur peut-être présente avant même le début du soin, seule son souvenir déclenche la douleur : « *avant même que la Bétadine ne m'inonde le nez, la douleur est déjà là, intense, immonde* ».

---

15 D. Servant et Ph-J Parquet. *Stress, anxiété et pathologies médicales*, Liège, Ed MASSON 1995

16 Différence entre le stress et l'anxiété [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Anxiete-Phobies/Reponses-d-expert/Quelle-difference-y-a-t-il-entre-stress-et-anxiete>

17 Lieby A., *Une larme m'a sauvée*. Paris : les arènes, 2012.

## **II.2.2] Symptomatologie de l'anxiété**

L'anxiété peut se présenter de différentes manières, des symptômes physiques d'une part et des symptômes psychiques d'autre part.

En ce qui concerne les symptômes physiques il faut se fier à notre examen clinique et aux mots du patient. Ils peuvent être de types palpitations, tremblements, dyspnée, douleurs thoraciques, sueurs, céphalées, douleurs abdominales, troubles digestifs...etc la liste n'étant pas exhaustive. Il faut s'alerter devant un état considéré comme anormal du patient que l'on prend en charge. On peut voir que l'anxiété seule peut créer des douleurs sans qu'aucune lésion organique ne soit découverte.

Du côté des signes psychiques, il faut les déceler dans la relation de communication établie avec le patient telle qu'une irritabilité, une confusion, une nervosité, une crainte de la mort...

Afin d'aider l'IDE à évaluer l'anxiété d'un patient à un moment donné, il existe l'échelle de Lipman et Covi qui reprend 3 critères cotés de 1 à 5 qui sont le discours du sujet, son comportement et ses plaintes somatiques (Cf annexe VI). En fonction du score évalué l'IDE a une idée à un instant donné du niveau d'anxiété d'un patient.

Voyons en quoi l'anxiété peut influencer sur notre perception des choses et en particulier sur la douleur.

## **II.2.3] Le lien entre l'anxiété et la douleur**

D'après une étude publiée dans la recherche en soins infirmiers sur le site du CAIRN<sup>18</sup>, on peut lire que pour plus de 80% des patients interrogés un état de relaxation permet de minimiser la douleur. Pour autant pour plus de 80% d'entre aussi, les médicaments sont la solution qui soulage le mieux les douleurs. Il y a ici une dualité entre les moyens médicamenteux ou non pour le soulagement de la douleur.

Dans le livre de P. Wanquet-Thibault<sup>19</sup> traitant des douleurs induites, l'auteure nous interpelle sur la relation entre l'état psychologique du patient et son ressenti de la douleur. Elle

---

<sup>18</sup> La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement [En ligne][Consulté le 10/04/2017] Disponible à l'adresse :<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-65.htm>  
<sup>19</sup> WANQUET-THIBAUT, P, *Douleurs liées aux soins, pl*, 1ère édition, Édition Lamarre, 2015

indique que : *« plus la personne a peur du soin, plus elle est anxieuse [...] plus il lui est difficile de mobiliser ses capacités pour contribuer à limiter sa perception de la douleur. Dans certains cas, ces émotions négatives accentuent la sensation douloureuse »*. Dans la suite du texte l'auteure fait aussi le lien qu'avec une diminution du niveau d'anxiété chez un patient, alors la douleur liée au soin pourra être minimisée.

Une autre étude portant sur le lien entre la dépression et la perception de la douleur provenant de la revue médicale Suisse de Mai 2009<sup>20</sup> pointe du doigt le lien étroit ces deux phénomènes. Il y est indiqué que *« la pénibilité de la douleur chronique avec le sentiment de perte de contrôle qu'elle engendre [mène] à la dépression »*. Selon eux, l'inverse est aussi vrai, ils estiment que *« la dépression s'accompagne également de modifications cognitives et affectives qui peuvent conduire à une interprétation particulièrement négative, voire alarmiste des sensations corporelles »*. Les auteurs continuent l'article en montrant que l'hyper-vigilance de toutes les sensations organiques a un rôle plutôt négatif dans la perception douloureuse.

A la vue des situations d'appels présentées au début de ce travail, je trouve ce livre et cet article très intéressant. On peut mettre en lien la perception douloureuse et l'état psychologique d'une personne, c'est à dire que le ressenti physique et psychologique d'une personne sont intimement liés.

Voyons maintenant quels sont les outils permettant de soulager au mieux l'anxiété du patient, puis nous verrons ensuite comment faire face aux différentes douleurs que peut ressentir un patient.

#### **II.2.4] Traitements de l'anxiété**

Comme il est indiqué dans le livre des *Douleurs liées aux soins*, *« les moyens pharmacologiques doivent être utilisés en association à un comportement soignant adapté et à la possibilité d'introduire très tôt dans la relation de soin des moyens non médicamenteux qui potentialise l'effet des médicaments »*. Nous allons donc voir que pour le traitement de l'anxiété il y a ces deux méthodes de soulagement.

---

<sup>20</sup> Douleur chronique et dépression : un aller-retour? [En ligne] [Consulté le 10/04/2017] Disponible à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-208/Douleurs-chroniques-et-depression-un-aller-retour>

#### *II.2.4.1] Traitement médicamenteux*

D'après l'agence nationale de sécurité du médicament<sup>21</sup>(ANSM), la France est l'un des pays européens qui consomme le plus de benzodiazépine avec 20% de la population qui en a consommée au moins une fois au cours de l'année 2010. Toujours d'après l'ANSM, 50% de ces traitements sont classés dans la famille des anxiolytiques. A travers ces données, on peut en déduire, que l'anxiété est un ressenti très fréquent en France. Cependant, il ne faut pas banaliser leur utilisation. Malgré une action efficace, ils présentent de nombreux effets secondaires en ce qui concerne les troubles du comportement, la mémoire, la tolérance et la dépendance à ces molécules. Afin de palier à ces désagréments, le soignant peut mettre en place diverses actions de part son rôle propre pour limité la part d'anxiété chez un patient et aussi limité sa consommation de benzodiazépine et la survenue d'effets indésirables.

#### *II.2.4.2] Traitements non-médicamenteux*

En tout premier lieu, la communication avec le patient est primordiale. Comme nous l'avons vu dans la définition de l'anxiété, il s'agit d'une émotion négative face à un objet inconnu. L'explication d'un séjour d'hospitalisation, des soins, examens et tout ce qui concerne le patient, peut lever une partie de cet inconnu et limiter en partie la mise en place du mécanisme d'anxiété chez le patient. L'écoute et la mise en place d'une relation de confiance dès l'accueil du patient aura un rôle très important dans ce phénomène.

La relaxation, le yoga, la sophrologie sont des techniques de détente permettant un meilleur contrôle de soi. A travers des exercices simples, il est possible d'aider le patient à diminuer son niveau d'anxiété à un moment donné.

Enfin, la limitation des facteurs de stress extérieurs est importante. Aménager le lieu, limiter les bruits, les alarmes, maîtriser ses gestes, montrer que l'on est disponible et que l'on a du temps pour le patient sont autant de petits gestes qui montrent que nous sommes présents afin de le rassurer.

Toutes ces mesures peuvent être prises pour limiter l'impact de l'anxiété chez un patient.

---

21 Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [En ligne] [Consulté le 06/02/2017]  
Disponible à l'adresse :  
[http://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf](http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf)

En conclusion, l'anxiété est un phénomène désagréable pour le patient d'un point de vue psychique et physique. Lors d'un soin, qu'il soit douloureux ou non, celle-ci sera présente.

### **II.3] Douleurs**

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) (international association for the study of pain) que l'on retrouve dans l'ouvrage de Mme Wanquet-Thibault traitant des douleurs liées aux soins<sup>22</sup>, "*la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes*".

On peut distinguer différents types de douleurs, elles peuvent être soit par excès de nociception soit neuropathiques. Tandis que la première correspond le plus souvent à une douleur aiguë, la seconde est souvent liée à une lésion du système nerveux central ayant souvent pour cause par exemple une compression tumorale ou certains effets secondaires de médicaments. On peut considérer 3 grands types de douleurs : les aiguës, les chroniques mais aussi les douleurs engendrés par le personnel soignant, nommée douleurs liées aux soins.

#### **II.3.1] Aspects législatifs**

La circulaire DHOS/E2 n°2002-266 du 30 Avril 2002<sup>23</sup> relative à la mise en œuvre du Programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé précise « *entre autre, [...] les domaines prioritaires devant donner lieu à la mise en place de protocoles concernant notamment la prise en charge de la douleur provoquée avant, pendant et après la réalisation de soins potentiellement douloureux (soins d'hygiène et de confort, rééducation), d'actes invasifs (ponction, biopsie, pansement douloureux et de chirurgie)* ».

Le Code de la santé publique<sup>24</sup> à travers différents articles indique le rôle important de l'IDE dans la prise en charge de la douleur :

---

22 WANQUET-THIBAUT, P, *Douleurs liées aux soins*, p1, 1ère édition, Édition Lamarre, 2015

23 Circulaire plan douleur 2002-2005 [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_19206.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19206.pdf)

24 Actes professionnels infirmier [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BDF4307EB71151F13477163783F46FF7.tpdila10v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161211](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BDF4307EB71151F13477163783F46FF7.tpdila10v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161211)

Article R4311-2 : Les soins infirmiers ont pour objet " *De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.*"

Article R. 4311-5 – « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière doit désormais évaluer la douleur sans prescription médicale* ».

Article R. 4311-8 – « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers* ».

Article L.1110-5 «*...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 ...*».

Nous voyons que d'un point de vue légal, le soulagement de la douleur par l'infirmier tient autant du rôle prescrit que du rôle propre. Découvrons quels sont les différents types de douleurs auxquelles peut être confronté le soignant et quelles méthodes de soulagement peuvent être utilisées.

## **II.3.2] Physiopathologie de la douleur**

### *II.3.2.1] Douleurs chroniques*

L'association québécoise de lutte contre la douleur chronique<sup>25</sup> définit la douleur chronique comme : « *une douleur qui dure depuis au moins trois mois. La douleur chronique est également toute douleur récurrente qui apparaît au moins trois fois en trois mois. La douleur chronique peut être :*

•*persistante : douleur continue*

*récurrente : fréquents épisodes de douleur comme les maux de tête* ».

La douleur chronique a la particularité de pouvoir être de plusieurs origine, elle peut être due à un excès de nociception en continu, ou bien neuropathique. Elle nécessite une approche pluridisciplinaire car elle est considérée comme une maladie à part entière de la part

---

25 A propos de la douleur [En ligne] [Consulté le 18/12/2016] Disponible à l'adresse:  
[http://www.douleurchronique.org/content\\_new.asp?node=162](http://www.douleurchronique.org/content_new.asp?node=162)

de la Haute Autorité en Santé. La prise en charge de ce type de pathologie est complexe, s'il s'agit d'une douleur par excès de nociception la stratégie antalgique citée ci-dessous peut être efficace. En revanche, s'il s'agit de douleur neuropathique, elle n'est pas liée à une lésion tissulaire directe, elle sera donc plus difficile à déceler et à traiter. Enfin comme vu précédemment, la douleur chronique est souvent difficile à supporter d'un point de vue psychologique pour le patient car elle diminue ses capacités physiques et donc sa capacité d'adaptation à la vie de tous les jours.

Plusieurs études ont été effectuées pour connaître le nombre de personnes concernées par des douleurs chroniques. Comme indiqué sur le site de la Haute Autorité en Santé<sup>26</sup> ces taux varient de 10% à 55% selon les recherches. Malgré tout une étude faite en 2004 en France permet d'évaluer que la douleur chronique est présente chez 31% des patients, avec une forte augmentation chez les personnes de plus de 65 ans pouvant aller jusqu'à 50% de la population.

La douleur chronique, à l'inverse de la douleur aiguë a perdu son rôle de signal d'alarme, elle est due à un dysfonctionnement du système nerveux. Son rôle n'est plus de prévenir un dommage, ou d'être le signe d'une réparation organique, mais rappelle la plupart du temps la présence d'une maladie chronique telle qu'une tumeur, de l'arthrose ou une neuropathie diabétique par exemple.

Comme l'indique tous les auteurs cités dans ce travail, la première difficulté dans le traitement des douleurs chroniques est de l'identifier, celle-ci pouvant être considérée comme aiguë, banalisée par le soignant ou bien être cachée par une pathologie dépressive. Malgré tout, une stratégie thérapeutique peut être mis en place. Se basant sur des antalgiques d'actions centrales, des anti-épileptiques, des opiacés et autres médicaments. Il existe aussi des traitements chirurgicaux dans le cas de tumeur ou des prises en charge psychologiques mais aussi de kinésithérapie.

Il existe aussi le phénomène de mémorisation de la douleur. Dans le livre des douleurs induites<sup>27</sup> il est écrit qu'une étude du début du XXème siècle a montré que la composante

---

26 Douleur chronique: les aspects organisationnels [En ligne] [Consulté le 28/01/2017] Disponible à l'adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire\\_douleur\\_chronique\\_aspects\\_organisationnels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf)

27Op.Cit.

affective était plus importante que la composante sensorielle. Ceci impliquant que le même soin effectué une prochaine fois se fera dans une atmosphère plus tendue si le premier soin ne s'est pas déroulé de façon optimale. Les auteures montrent aussi que les mesures antalgiques face à des soins favorisent la facilité de répétition de ce même soin, c'est-à-dire que les réactions d'anticipation de la douleur ne seront pas présentes la fois suivante. Ce phénomène de mémorisation de la douleur montre que les réactions douloureuses ou d'anxiété face à un soin peuvent être aussi une manifestation inconsciente. Il s'agit du même mécanisme qui est impliqué dans la mémorisation des douleurs chroniques, il s'agit de la gravure d'une sensation désagréable dans l'inconscient de la personne. Le contexte et l'état psychique du patient pendant un soin est donc primordial dans la gestion de la douleur présente et future.

### *II.3.2.2] Douleurs Aiguës*

La douleur par excès de nociception est le modèle qui est le plus souvent retenu lorsqu'on parle de douleurs aiguës. D'après l'INSERM<sup>28</sup> « *la douleur serait à l'origine de près de 2/3 tiers des motifs de consultations médicales* ». Il s'agit de la douleur qui se transmet à partir des terminaisons nerveuses des muqueuses ou des organes. Les terminaisons nerveuses envoient un stimulus au système nerveux central lorsque l'on se cogne ou que l'on se brûle par exemple. C'est cette voie d'information qui est le plus souvent activée lors des soins les plus courants comme une prise de sang ou une réfection de pansement; comme indiqué dans le livre de P. WANQUET-THIBAUT la « *douleur par excès de nociception constitue un signal d'alerte* ».

Afin de soulager ce type de douleur, on utilise des traitement qui « *visent à empêcher la perception du message nerveux au niveau central* ». Comme cela a été vu avec le Dr Céline Grecko, médecin spécialiste de la douleur, lors du cours du 16 Novembre 2016, ce type de douleur est soulagée à l'aide de traitement antalgique des paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé classique tels que le paracétamol, le tramadol ou la morphine. Il s'agit ici d'effectuer une évaluation de la douleur avant et après l'administration de l'antalgique, afin d'en évaluer l'efficacité pour le patient.

---

28 La douleur [En ligne] [Consulté le 12/12/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

### II.3.2.3] Douleurs liées aux soins

Dans l'ouvrage de P. WANQUET-THIBAUT la douleur liée aux soins est définie comme des « *actes invasifs réalisés par le personnel soignant : piqûre, sondage, suture [...] souvent aiguës, par excès de nociception, en général considérées comme brève par ceux qui les provoquent* ».

D'après des enquêtes réalisées dans différents CHU français que l'on peut retrouver dans l'article de Couteaux et Collin<sup>29</sup> traitant des douleurs induites, on note qu'environ 50% des patients hospitalisés ont ressentis une douleur induite dans les 24h précédents l'enquête.

Malgré cette image classique des douleurs liées aux soins, il est mis en avant que chaque patient aura une approche différente des soins. En effet, alors qu'un homme de 30 ans en bonne santé pouvant se mobiliser seul sera douloureux seulement lors d'une prise de sang, on peut imaginer que la toilette d'un homme de 90 ans arthritique engendrera aussi de la douleur pendant la mobilisation. Comme indiqué précédemment, 80% des douleurs induites d'intensité modéré à intense chez des patients ayant des douleurs chroniques sont liées à des soins de base comme la toilette ou la mobilisation Soins étant strictement du rôle propre infirmier. Ce même rôle qui était décrit par V. Henderson comme une assistance pour rétablir la santé. Nous pouvons donc nous demander si faire subir une telle douleur à un patient est toujours justifiée par l'objectif à atteindre à travers ce soin.

L'intérêt de mettre en avant que tout type de soin peut être douloureux, qu'il soit du rôle prescrit ou du rôle propre, est de caractériser le côté unique de chaque douleur et de chaque patient. Lorsque l'on prend en charge un patient de manière globale, l'objectif est d'anticiper les facteurs favorisant la douleur qui peuvent intervenir lors des soins. Si le soin est réfléchi avec empathie, et que l'évaluation de la douleur est effectuée, alors une stratégie de prévention de la douleur peut être mise en place, qu'elle soit médicamenteuse ou non (Patch d'EMLA ou relaxation par exemple). La façon dont ce type de douleur peut être traitée est multiple. La maîtrise du soin a une part importante, il sera préférable de ne pas faire effectuer un soin douloureux par un étudiant si le patient verbalise son anxiété. La communication a aussi une part importante dans la gestion du stress face à la douleur liée aux soins. La compréhension du soin dans sa globalité par le patient l'amènera à accepter les soins qui lui

---

<sup>29</sup> Douleurs induites par les soins [En ligne] [Consulté le 12/12/2016] Disponible à l'adresse : <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Coutaux-Collin.pdf>

sont fait, cela diminuera en partie l'angoisse de l'inconnu. Enfin, la connaissance par le personnel soignant des moyens antalgiques et de leur conditions de mise en œuvre est utile.

### **III] Enquête de Terrain**

#### **III-1] Argumentation de l'outil d'enquête choisi**

Pour mener à bien mon enquête, j'ai conçu un guide d'entretien composé de cinq questions très simple afin de connaître les personnes interrogées et de dix questions ouvertes (cf Annexe I) afin de connaître leurs points de vue sur le sujet de ce travail de fin d'étude.

J'ai interrogé les IDE avec des questions en lien avec les trois thèmes explorés dans mon cadre théorique, c'est-à-dire l'infirmière, le soin et ses valeurs, la douleur et l'anxiété. Le fait d'avoir des questions ouvertes dès le début de l'entretien a permis de laisser l'IDE s'exprimer, ce qui lui laisse parfois l'opportunité de dériver légèrement hors du thème ou même de pouvoir partager des expériences professionnelles sur ce thème afin de compléter ses propos.

Le fait d'être face à face permet de constater les réactions des infirmières par rapport à certaines questions. Elles ont eu l'air très sur d'elle sur certaines questions et d'autres où elles étaient un peu moins confiante de leur propos.

Cependant, il n'est pas toujours facile d'orienter la personne vers une réponse si la question est trop ouverte et la question peut aussi être mal comprise.

Enfin, les 5 entretiens effectués ne sont pas représentatifs de la population infirmière générale car ils ont tous été effectués dans de petites structures de proximité. Comme on me l'a fait remarquer dans mes entretiens, la pratique IDE peut être différente par rapport aux CHU de grandes villes.

Afin de pouvoir analyser du mieux possible ces entretiens, ils ont été enregistrés et retranscrits le plus fidèlement possible. (Cf Annexes II,III,IV,V,VI).

### **III-2] Argumentation de la population enquêtée**

Afin de pouvoir confronter mon cadre théorique à la pratique actuelle, j'ai réalisé des entretiens auprès d'IDE à l'aide d'un guide d'entretien que j'avais préparé en lien avec mes sources scientifiques.

Dans le but de rencontrer des IDE étant confrontés à des patients ayant des douleurs chroniques, j'ai décidé de les choisir en fonction du service où ils travaillent.. J'ai donc préféré interroger des IDE travaillant dans des services de type gériatrie ou de soins palliatifs. C'est selon moi dans les services de long séjour comme ceux-ci où des patients ayant des douleurs chroniques sont le plus présentes mais aussi le lieu où les infirmières connaissent le mieux les patients. Ce point me semble aussi important afin de pouvoir mettre en place des moyens pour soulager l'anxiété des patients.

J'ai donc pris contact avec 5 IDE pour obtenir des rendez-vous et effectuer des entretiens semi-directifs. Tous les entretiens ont été effectués sur le lieu et le temps de travail des IDE, et il est possible que cela ait pu influencer sur la durée et le contenu des entretiens.

Mon premier entretien a été effectué avec une IDE de 44 ans, qui est diplômée depuis 8 ans. Elle travaille en EHPAD depuis 6 ans et n'a fait que de la gériatrie. La deuxième IDE rencontrée a 34 ans, travaille depuis l'obtention de son diplôme dans le même SSRG. Elle a des formations complémentaires dans la bientraitance, la gestion du stress et les soins palliatifs. La troisième IDE est diplômée depuis 1992, travaille aussi en SSRG depuis 7 ans, et a une expérience en médecine, chirurgie et gériatrie dans les hôpitaux de Paris. La quatrième IDE a 47 ans, est diplômée depuis 1990, travaille en unité de soins palliatifs depuis 1 an et demi et a fait le début de sa carrière en médecine polyvalente. La dernière IDE a 26 ans, est diplômée depuis 2016, travaille en unité de soins longue durée depuis 4 mois.

Voyons les avis de chacune d'entre elles sur les questions posées et analysons les en confrontation à notre cadre théorique

### **III-3] Analyse du « prendre soin » et des valeurs infirmières.**

J'ai commencé ces entretiens en voulant savoir comment les infirmières d'aujourd'hui définissaient le « prendre soin ». Pour 4 IDE sur 5, prendre soin est une notion globale, c'est à dire que cela implique une prise en charge médico-psycho-sociale. La dernière IDE voit cela

comme « être attentif au patient et lui accorder du temps ». Pour la majorité, on constate que cela rejoint la définition de l'OMS « d'un complet bien être, physique, mental et social ». Cependant, une seule IDE a pris en compte la notion de respect et de choix des valeurs du patient. Cela semble peu car cette notion fait partie intégrante de la prise en charge globale des besoins des patients comme vu avec V. Henderson ou A. Maslow.

En ce qui concerne les valeurs et les qualités des IDE travaillant auprès de patient ayant des douleurs chroniques, toutes ont parlées d'écoute et d'observation. Ce point est très encourageant car comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, la première difficulté face aux douleurs chroniques est de l'identifier. Si les IDE sont attentives aux patients alors la principale difficulté peut être levée.

Alors que la profession prend ses racines dans des valeurs altruistes et humanistes, ces termes ne sont pas réapparus au cours des entretiens. Le terme le plus proche évoqué est celui d'empathie qui a été prononcé par une seule IDE. Cependant, la question traitait des patients ayant des douleurs chroniques, les IDE se sont peut-être concentrées sur ce terme. Malgré cela, une IDE a tenu à préciser que ses qualités et ses valeurs étaient valables pour tous les patients quel qu'ils soient.

Nous pouvons mettre en évidence, que malgré des dizaines d'années de pratique et face à l'évolution de la médecine, les soins infirmiers et les valeurs IDE sont identiques à celles de leur passé. En effet, la prise en charge est toujours multidimensionnelle et est basée sur de l'écoute et de l'observation. On peut cependant regretter que la notion de retour à l'autonomie du patient ne soit plus présente dans la prise en soin.

Maintenant que nous avons pu mettre en avant que les IDE étaient conscientes de l'importance de leur rôle propre à travers l'écoute et l'observation dans la prise en soin, voyons comment elles s'appliquent à l'utiliser.

### **III-4] Analyse de la partie concernant les douleurs**

Pour entrer dans le thème des douleurs, j'ai voulu que les IDE m'expliquent la différence qu'elles faisaient entre la douleur aiguë et la douleur chronique. Elles étaient toutes du même avis en qualifiant la douleur aiguë comme de courte durée, et la douleur chronique comme de longue durée. Une IDE qualifie la douleur chronique de répétitive et souvent liée à un cancer, tandis qu'une autre va dire que c'est une douleur qui dure plus de 6 mois.

Globalement, ces définitions sont correctes, mais incomplètes quand l'on compare avec ce qui a été écrit précédemment. En effet, les IDE n'expliquent pas que la douleur aiguë a un rôle de signal d'alarme, elles n'expliquent pas non plus que la douleur chronique n'a plus ce rôle de signal d'alarme mais agit tel un rappel d'une pathologie chronique.

Avec de telles différences, j'ai souhaité connaître les différences qu'elles faisaient dans leur prise en charge face à chacun des types de douleurs. Pour deux des cinq IDE, il n'y a pas de différence dans la prise en charge, car pour l'une il s'agit souvent de « *douleurs mixtes* » tandis que pour l'autre, la prise en charge sera médicale. Pour les autres IDE, la prise en charge de la douleur aiguë se fait à un instant T à l'aide d'antalgiques tandis que pour la douleur chronique, « *cela nécessite plus que cela car cette douleur touche aussi le moral* ». Pour une autre IDE, il faut « *soulager la douleur chronique avant qu'elle n'arrive* » car elle sait que sinon elle sera toujours présente. Enfin pour la dernière IDE, il faut « *mettre en place une réflexion pluridisciplinaire afin de choisir au mieux le médicament, les heures de prises et connaître au mieux l'état psychologique du patient* ». On voit ici que les prises en charge des douleurs chroniques sont divergentes en fonction des IDE. Cela semble cohérent avec ce que nous avons vu dans le cadre théorique. Il y avait une multitude de solutions pour essayer de les soulager comme nous l'avions écrit : « *Se basant sur des antalgiques d'actions centrales, des anti-épileptiques, des opiacés et autres médicaments, mais il peut aussi y avoir des traitements chirurgicaux dans le cas de tumeur ou des prises en charge psychologiques mais aussi de kinésithérapie* ». Cette multitude de traitements est sûrement l'une des causes qui expliquent que toutes les IDE estiment que la douleur chronique est la douleur la plus difficile à prendre en charge.

Après avoir défini les différents types de douleurs et connu les difficultés que rencontrent les IDE face à celles-ci, j'ai voulu connaître l'avis des IDE sur les soins effectués qu'elles estimaient les plus douloureux chez des patients ayant des douleurs chroniques. Nous avons vu dans le cadre théorique qu'il s'agissait des soins d'hygiène et des mobilisations/brancardages. Trois des cinq infirmières ont estimé elles aussi que c'étaient les soins les plus douloureux. Pour les deux autres, elles ont considéré que les soins invasifs étaient les plus douloureux. Il s'agit selon moi d'un point important car comme nous l'avons lu dans l'ouvrage des douleurs liées aux soins : « *Si le soin est réfléchi avec empathie, et que l'évaluation de la douleur est effectuée, alors une stratégie de prévention de la douleur peut*

*être mise en place qu'elle soit médicamenteuse ou non ».*

Après avoir compris cela, j'ai voulu savoir quelles étaient les techniques de soulagement des douleurs liées aux soins mises en place par les IDE. Ici on peut classer les infirmières en différentes catégories. Celles qui mettent en avant leur rôle sur prescription, elles sont 3 et se servent de morphine, d'EMLA ou de MEOPA. Les 2 autres se focalisent sur leur rôle propre en avançant que la discussion, le toucher et la distraction permettent de limiter la douleur. Nous avons vu dans la partie sur l'anxiété mais qui a valeur aussi pour la douleur que *« les moyens pharmacologiques doivent être utilisés en association à un comportement soignant adapté et à la possibilité d'introduire très tôt dans la relation de soin des moyens non médicamenteux qui potentialise l'effet des médicaments »*. Nous avons vu aussi que la relaxation, la maîtrise du soin et la confiance envers le soignant pouvait avoir un impact sur la douleur liée aux soins, cela n'a pas été évoqué. On peut en conclure que pour être encore plus efficace les IDE devraient utiliser tout ce qui a été décrit par elles cinq.

Enfin, pour effectuer la transition entre la douleur et l'anxiété mais aussi pour évaluer l'intérêt que porte les IDE au lien entre ceux-ci, j'ai demandé aux IDE leur avis sur les impacts de la douleur chronique sur l'état psychologique des patients. Trois d'entre elles m'ont parlé de la dépression. Deux m'ont indiqué faire face à de l'agressivité et de l'agacement et de l'appréhension. Enfin une des IDE estime que la douleur chronique, si elle n'est pas soulagée, a un impact sur tout le reste du corps, avec des atteintes au moral, à l'appétit et à la motivation à vivre. Nous avons vu que la douleur chronique et la dépression avaient une relation ambiguë de va et vient, l'un et l'autre s'influençant comme l'indique la revue médicale Suisse *« la pénibilité de la douleur chronique avec le sentiment de perte de contrôle qu'elle engendre [mène] à la dépression »* et *« la dépression s'accompagne également de modifications cognitives et affectives qui peuvent conduire à une interprétation particulièrement négative, voire alarmiste des sensations corporelles. »* En ce qui concerne l'agressivité liée aux douleurs chroniques, il peut s'agir de manifestation d'anxiété que l'on retrouve aussi dans notre cadre de référence.

Pour conclure cette partie sur la douleur, nous pouvons voir globalement que les IDE ont les ressources théoriques pour faire face à des situations délicates dans la gestion de la douleur. Cependant, le plus flagrant est la scission entre leur rôle propre et leur rôle sur

prescription. On ne retrouve pas dans les entretiens effectués un lien entre ces deux rôles pour gérer la douleur. Nous verrons dans la suite, que le lien est malgré tout présent car les infirmières utilisent à 80% leur rôle propre dans la gestion dans l'anxiété. Enfin dans cette partie, la douleur n'est pas évaluée de manière objective avec des échelles d'évaluations.

### **III-5] Analyse du concept d'anxiété.**

Nous avons vu dans notre cadre théorique que l'anxiété se présentait autant avec des signes physiques que des signes psychiques. Les IDE interrogées ont surtout évoqué les signes psychiques tels que l'appréhension, le faciès ou la verbalisation d'une peur du soin. Quand aux signes physiques, 2 IDE évoquent la crispation. On peut donc noter que la reconnaissance de l'anxiété à travers les soins relationnels est de qualité. Cependant, les IDE n'ont pas parler de l'apparition de signes physiques qui peuvent être uniquement liés à l'anxiété comme les douleurs thoraciques, des troubles digestifs ou une dyspnée. Aucune IDE n'a non plus évoqué l'échelle de Lipman et Covi qui permet d'évaluer rapidement et facilement le niveau d'anxiété d'un patient. On peut se demander si ce manque face aux manifestations anxieuses ne peut pas être une limite dans les actions que l'IDE pourrait mettre en place pour soulager l'anxiété.

J'ai questionné ensuite les infirmières sur l'influence de l'anxiété sur la perception douloureuse. Toutes ont répondu en étant sûres d'elles que l'anxiété augmente la sensation douloureuse. Si on compare à nos recherches théoriques et notamment avec le livre de P. Wanquet-Thibault où elle affirme que « *plus la personne a peur du soin, plus elle est anxieuse [...] plus il lui est difficile de mobiliser ses capacités pour contribuer à limiter sa perception de la douleur* », alors les infirmières ont un bon ressenti de la situation. Au vu des réponses fournies, il est dommage de ma part de ne pas avoir approfondi les thèmes de la mémorisation et d'anticipation de la douleur. Cela aurait permis un comparatif entre le cadre théorique et les connaissances des infirmières sur les mécanismes de la douleur. Cela aurait permis de savoir aussi, si elles avaient conscience de la profondeur du lien qui existe entre la douleur et l'anxiété.

J'ai ensuite voulu savoir quels étaient les moyens mis en place par les IDE pour agir sur l'anxiété du patient, toujours dans le but de limiter les douleurs liées aux soins. Elles ont toutes répondu que l'explication du soin était primordiale. Si l'on se réfère à notre partie II-2-

4-2, cela peut s'expliquer par le fait que l'angoisse d'un soin est directement lié à la peur de l'inconnu. L'explication d'un soin permet de lever cet inconnu et donc de libérer un peu de l'angoisse du patient.

3 IDE sur 5 ont fait part de l'importance de prendre son temps avec le patient. Cette notion de temps dont dispose l'IDE pour préparer et expliquer son soin se retrouve peu dans la littérature. Alors que le contexte actuel des soins fait qu'il y a des plus en plus de soin et de moins en moins de personnel soignant, ce rapport au temps consacré au patient pose problème. En effet, le plan douleur de 2002 priorise la prise en charge de la douleur. Hors les lois de réorganisation de l'offre de soin diminue le personnel. Par conséquent le temps que l'on peut passer avec chaque patient. Si on fait le parallèle entre la douleur et l'anxiété, ça serait comme essayer de soulager rapidement la douleur liée aux soins, sans prendre le temps de soulager l'anxiété qui va avec.

Ensuite, une IDE m'a indiqué faire des avant-soins à base d'Hypnovel et de Morphine pour diminuer l'anxiété et la douleur du patient pendant le soin. L'infirmière m'a fait part que cette utilisation était plus élevée en USP que dans d'autres services. J'en suis venu à me poser une question que je m'étais posée au début de ce travail, c'est-à-dire les différences de prise en charge en fonction du profil de patient. On peut légitimement se demander pourquoi on met plus de moyen en place pour soulager la douleur et l'anxiété de certains patients alors que cette prise en charge est une priorité de santé publique et un critère de qualité lors de la certification des établissements.

Enfin, j'ai demandé comment les IDE arrivaient à évaluer le soulagement de la douleur liée aux soins grâce aux techniques d'anxiolyse qu'elles avaient mis en place. 3 des 5 IDE m'ont dit qu'elles comparaient les réactions du patient avec et sans utilisation des techniques de limitation de l'anxiété. Une IDE a dit qu'elle « *n'utilise pas les échelles pour cela* ». Si l'on se réfère au livre traitant des douleurs induites, il est écrit que « *l'évaluation de la douleur permet de rendre plus efficace les techniques de limitation de douleur et d'anxiété lié aux soins* ». Il y a donc ici un écart entre la théorie et la pratique.

Pour conclure l'analyse de cette partie sur l'anxiété, on peut mettre en avant l'importance du soin relationnel et donc du rôle propre de l'IDE dans sa prise en charge. Des techniques anxiolytiques sont utilisées ce qui est positif. Hors, dans un but d'évaluation et d'objectivation des pratiques, la théorie préconise l'utilisation d'échelle évaluative que ce soit

pour l'anxiété ou la douleur afin de connaître l'efficacité des méthodes utilisées. Hors les 5 infirmières interrogées ne les utilisent pas, ce qui ne me permet pas de quantifier « en quoi » la prise en charge de l'anxiété influe sur la perception de la douleur.

### **III-6] Conclusion de l'analyse.**

Les entretiens effectués ont été relativement courts. Mis à part le dernier entretien, il y avait malgré tout de quoi exploiter toutes les réponses et les comparer au cadre théorique.

Nous avons pu voir que les infirmières avaient toutes des profils personnels et de carrières différents. Malgré tout, elles se retrouvent toutes dans les valeurs de la profession, celles les plus liées à notre rôle propre : humanisme, altruisme, écoute, patience, respect et tolérance. Bien que la prise en charge soit globale comme souhaitée par la fondatrice de notre philosophie de soin occidentale V. Henderson, le retour à l'autonomie ne semble plus être une de nos priorités.

En ce qui concerne les réponses données sur la douleur et l'anxiété, on voit que les IDE ont les connaissances nécessaires pour les prendre relativement bien en charge. Elles semblent faire preuve de beaucoup de ressenti et d'expérience face à ces problèmes. En effet, elles n'évaluent pas de façon objective l'amélioration de ces troubles, mais cela ne les empêche pas de mettre en place des actions et d'évaluer leur amélioration avec des comparaisons. Leur rôle propre semble être primordiale dans leur quotidien professionnel.

Nous avons donc tenté de répondre à notre question de départ qui était « *Chez un patient présentant des douleurs chroniques, en quoi la prise en charge de l'anxiété par l'infirmier permet de diminuer la douleur liée aux soins qu'il effectue ?* ». Nous voyons que globalement les IDE font le lien entre l'anxiété et la douleur liée aux soins chez les patients ayant des douleurs chroniques. Elles mettent en place des actions et évaluent leur efficacité. Malgré tout, on ne peut pas quantifier l'efficacité de ces actions de manière objective car il n'y a pas d'utilisation d'échelle d'évaluation. Grâce à cette analyse, je me permets d'émettre cette hypothétique question de recherche :

**-En quoi une évaluation objective de la douleur et de l'anxiété permet de mettre en avant l'importance du rôle propre de l'infirmier dans la prise en charge des patients ayant des douleurs chroniques ?**

## Conclusion

Nous avons pu voir à travers ce travail, les nombreux liens qui existent dans le métier d'infirmier. En effet, le patient est complexe et multidimensionnelle, sa santé et son bien être sont liés tant à sa psychologie qu'à son physique et à ses conditions sociales. Aussi, nous avons montré que l'infirmier doit faire le lien entre ses différents rôles qui sont tant techniques qu'humain afin d'améliorer de façon plus efficace la prise en charge des patients.

En partant de deux situations complexes de patient douloureux, j'ai voulu comprendre comment je pouvais prendre en charge la douleur du mieux possible. J'avais appris au cours de mes 3 ans de formation qu'il fallait « faire les liens » entre les pathologies, les traitements et les actions à mettre en place. C'est à dire les antalgiques face à la douleur. La réassurance face à la peur ou l'anxiété. Finalement, j'ai compris que toute ma carrière s'enrichira des liens que je pourrais établir avec les patients mais aussi entre leurs différents problèmes qu'ils ont, entre leur psychologie et leur physique. Cela a été riche d'apprentissage et surtout de réflexion sur les actions que l'on effectue tous les jours, toujours en se demandant pourquoi on le fait.

A travers mon hypothétique question de recherche, je souhaite mettre en avant l'importance du rôle propre de l'infirmier. En effet, alors que l'on voit une surconsommation médicale et médicamenteuse, il ne faut pas oublier les actions qui peuvent être mises en place de façon autonomes pour soulager les maux des patients. Cette question s'intéresse aux patients ayant des douleurs chroniques, mais le rôle propre de l'infirmier peut s'étendre à la gestion des urgences, la prévention primaire en oncologie ou l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires. Le rôle propre infirmier a besoin d'être approfondi et reconnu.

En tant que futur infirmier je souhaite pouvoir prendre en charge mes patients de façon intégrale du mieux possible. En effet, agir en autonomie sans avoir à attendre une prescription médicale me semble important pour pouvoir soulager les maux des patients que j'aurai à charge le plus rapidement possible. C'est à travers des travaux de recherche et la démonstration de nos capacités à agir seul et de façon efficace que nous pourrons améliorer la prise en charge quotidienne de nos patients. Mon projet professionnel est de travailler dans un service d'Urgences, j'espère pouvoir mettre en place des actions rapidement afin de soulager les patients correctement et rapidement, à l'inverse de l'étude vu en ce début de travail où 90% des patients n'étaient pas soulagés après 5h d'attente.

## Bibliographie Par Ordre Chronologique

### Article

HEUYER, Valérie. La douleur aux urgences. UPSA, L'infirmière et la douleur, 2003, vol. 6.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V

FERNANDEZ, H. Antalgie, PCA et Morphine en soins palliatifs. UPSA, L'infirmière et la douleur, 2006, Vol 10

Journal Officiel, arrêté du 31 juillet 2009

### Ouvrage

SERVANT D et PARQUET Ph-J. *Stress, anxiété et pathologies médicales*, Liège, Ed MASSON 1995

LEVY, Isabelle, *Soins cultures et croyances*, 2ème édition, Édition estem, 2008

BEROUD, F (sous la dir). *Les douleurs induites*. Paris. UPSA 2010. ISBN 2,910844-12-9

CHAUFFOUR-ADER, C et DAYDE, M-C, *Comprendre et soulager la douleur*, 2ème édition, Édition Lamarre, 2012

LIEBY A., *Une larme m'a sauvée*. Paris : les arènes, 2012.

WANQUET-THIBAUT, P, *Douleurs liées aux soins*, 1ère édition, Édition Lamarre, 2015

### Site

#### **Novembre**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER, SOULAGER PAR DES TECHNIQUES NON MEDICALES  
[en ligne]. [Consulté le 30/11/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-par-des-techniques-non-medicales>

#### **Décembre**

La douleur [En ligne] [Consulté le 12/12/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.inserm.fr/thématiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>

Douleurs induites par les soins [En ligne] [Consulté le 12/12/2016] Disponible à l'adresse : <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Coutaux-Collin.pdf>

Centre national de ressources contre la douleur [En ligne]. [Consulté le 17/12/2016] Disponible à l'adresse : <http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Carbajal2010.pdf>

A propos de la douleur [En ligne] [Consulté le 18/12/2016] Disponible à l'adresse:  
[http://www.douleurchronique.org/content\\_new.asp?node=162](http://www.douleurchronique.org/content_new.asp?node=162)

Association de lutte contre la douleur chronique [ en ligne et consulté le 30/12/2016] Disponible à l'adresse [http://www.douleurchronique.org/content\\_new.asp?node=162](http://www.douleurchronique.org/content_new.asp?node=162)

Définition de l'infirmière [En ligne] [Consulté le 30/12/2016] Disponible à : <http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier>

### **Janvier**

Douleur chronique: les aspects organisationnels [En ligne] [Consulté le 28/01/2017] Disponible à l'adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire\\_douleur\\_chronique\\_aspects\\_organisationnels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf)

### **Février**

État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : [http://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf](http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf)

Circulaire plan douleur 2002-2005 [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_19206.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19206.pdf)

Différence entre le stress et l'anxiété [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : <http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Anxiete-Phobies/Reponses-d-expert/Quelle-difference-y-a-t-il-entre-stress-et-anxiete>

Actes professionnels infirmier [En ligne] [Consulté le 06/02/2017] Disponible à l'adresse : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BDF4307EB71151F13477163783F46FF7.tp dila10v\\_1?](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BDF4307EB71151F13477163783F46FF7.tp dila10v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161211)

Histoire de la profession infirmière [En ligne] [Consulté le 07//02/2017] Disponible à l'adresse : <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/20081017683/Actualites/Pour-en-finir-une-bonne-fois-pour-toute-avec-l-histoire.html>

### **Avril**

Douleur chronique et dépression : un aller-retour? [En ligne] [Consulté le 10/04/2017] Disponible à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-208/Douleurs-chroniques-et-depression-un-aller-retour>

La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement [En ligne][Consulté le 10/04/2017] Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-65.htm>

# ANNEXES

## **Annexe I : Guide d'entretien**

**Question de départ : Chez un patient présentant des douleurs chroniques, en quoi la prise en charge de l'anxiété par l'infirmier, permet de diminuer la douleur liée aux soins qu'il effectue ?**

### **L'infirmier**

Age                      Année de diplôme.

Service précédent

Service actuel                      Depuis combien de temps ?

Avez vous des formations complémentaires dans le domaine de la santé ?

1-En tant qu'IDE, que signifie l'expression « prendre soin »?

2-Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises afin de travailler avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ?

### **La douleur**

3-Quelles différences faites vous entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

=> Votre prise en charge de la douleur diffère-t-elle selon son type ?

=> Laquelle, selon vous est la plus difficile à prendre en charge ?

4-D'après vous, quels sont les actes et soins les plus douloureux pour les patients ayant des douleurs chroniques ?

5-Utilisez vous des techniques pour limiter les douleurs liées aux soins ?

Si oui, lesquelles ?

Sinon pourquoi ?

6-Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des douleurs chroniques sur l'état psychologique du patient ?

### **L'anxiété**

7-Quels sont pour vous les signes qu'un patient est anxieux avant un soin ?

8-Pensez vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

9-Quelles techniques utilisez vous pour diminuer l'anxiété d'un patient avant un soin pour influencer sur sa perception de la douleur ?

Si oui, comment mesurez vous cet effet ? Et comment cela se manifeste-t-il ?

10-Avez vous des informations que vous voudriez me donner en rapport avec ce thème ?

## **Annexe II : Entretien N°1**

### **L'infirmier**

Age 44 ans Année de diplôme. 2009

Service précédent *Que des services de gériatrie*

Service actuel EHPAD Depuis combien de temps ? 6Ans

Avez vous des formations complémentaires dans le domaine de la santé ?  
*Formation Alzheimer*

1-En tant qu'IDE, que signifie l'expression « prendre soin »?

*Prendre soin c'est un tout, être à l'écoute, pratiquer le soin ça veut dire s'occuper dans une globalité, de la personne. C'est un ensemble social, psychologique et médical.*

2-Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises afin de travailler avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ?

*Il y a l'écoute, la patience. C'est très important, car comme nous n'avons pas tous le même seuil de douleur si nous ne sommes pas à l'écoute, on va se dire que ce n'est pas grave. Ta douleur n'est pas la mienne, une aiguille qui te pique te fera plus mal qu'a moi, car ton seuil est moins élevé. Il faut être sensible et être à l'écoute de l'autre. Il faut aller au bout des choses pour comprendre. Souvent on est tellement pressé, on survole, on se dit « tant pis c'est pas grave, ce n'est rien ». Alors que ce n'est jamais rien. Si la personne se plaint d'une douleur, alors c'est qu'il y a vraiment une douleur.*

### **La douleur**

3-Quelles différences faites vous entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

*La douleur aiguë est la douleur de l'instant T, la douleur chronique est celle qui perdure, que l'on a en permanence, tout le temps.*

=> Votre prise en charge de la douleur diffère-t-elle selon son type ?

*Forcément, un mal de tête se traite dans l'immédiat, quand c'est du chronique c'est différent car ça touche au moral des gens, donc la prise en charge ne sera plus la même. Il faut plus que des antalgiques. Il faut autre chose à côté.*

=> Laquelle, selon vous est la plus difficile à prendre en charge ?

*La chronique absolument.*

4-D'après vous, quels sont les actes et soins les plus douloureux pour les patients ayant des douleurs chroniques ?

*C'est compliqué, je ne saurais pas trop répondre. Souvent quand ils souffrent, tout est difficile, que ça soit la toilette, le pansement. Peu importe tout devient douloureux. Mais ce qui leur fait mal le plus souvent sont les soins d'hygiène je suppose. Pour certains résidents la toilette peut devenir un supplice.*

5-Utilisez vous des techniques pour limiter les douleurs liées aux soins ?

Si oui, lesquelles ?

Sinon pourquoi ?

*Sur prescription médicale, de la morphine parfois.*

6-Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des douleurs chroniques sur l'état psychologique du patient ?

*Parfois de la dépression, l'anxiété. C'est la dépression qui s'installe avec les douleurs.*

### **L'anxiété**

7-Quels sont pour vous les signes qu'un patient est anxieux avant un soin ?

*J'essaye de me remémorer les patients qui étaient très algiques. Déjà, ils appréhendaient le soin, ça se voyait à la crispation, ils en parlent tout le temps, ils demandaient : « vous n'allez pas me faire mal ». Surtout ce sont les mimiques, ils mettent un manteau quand le soin approche, ils se crispent.*

8-Pensez vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

*Ça pourrait, l'anxiété pourrait majorer la douleur, on peut pas le vérifier, mais c'est possible, le fait d'avoir peur peut faire que nous sommes plus algique.*

9-Quelles techniques utilisez vous pour diminuer l'anxiété d'un patient avant un soin pour influencer sur sa perception de la douleur ?

*Moi ce que je fais généralement, je vais voir le patient avant le soin, si j'ai le temps j'explique au résident. Je suis douce et souvent ça passe, le fait d'expliquer et de prendre le temps ça apaise les craintes. Les résidents me connaissent aussi, ils ont confiance en moi, je pense que cela joue*

*beaucoup aussi.*

Si oui, comment mesurez vous cet effet ? Et comment cela se manifeste-t-il ?

*Il y a une différence. Pendant le soin il y a moins de plainte si je l'ai prévenu, alors que lorsqu'on a pas le temps, le patient se plaint plus, on a l'impression que l'on fait plus mal. Et le fait d'être pressé et de pas pouvoir prendre ce temps, on ne va pas doucement, et on peut faire mal sans le vouloir.*

10-Avez vous des informations que vous voudriez me donner en rapport avec ce thème ?

*Il y a des patients que l'on a plus ou moins sédaté avec des anxiolytiques avant le soin pour diminuer leurs souffrances, quelques-fois aussi des morphiniques avec. Les anxiolytiques, on voit qu'ils sont plus détendus et sont dans l'acceptation. Est-ce que c'est ça qui rend le soin moins douloureux, je ne sais pas. Car quand les patients souffrent on souffre aussi. J'ai le souvenir d'un patient, lorsque je finissais ses soins d'escarre j'allais pleurer dans les vestiaires, c'était affreux il me disait « laissez moi mourir », et ça c'est difficile. Quand ils sont détendus et que le soin se passe bien, ils ne souffrent pas et on ne souffre pas non plus.*

### **Annexe III Entretien N° 2**

#### **L'infirmier**

Age 34 ans Année de diplôme.

2004

Service précédent *Aucun*

Service actuel *Soins de suite et réadaptation gériatriques*

Depuis combien de temps ? *12 Ans*

Avez vous des formations complémentaires dans le domaine de la santé ? *Soins, palliatifs, bien-traitance, gestion du stress, Maladie Alzheimer.*

1-En tant qu'IDE, que signifie l'expression « prendre soin »?

*C'est vaste comme question. C'est répondre aux attentes du patient, au bien-être, être à l'écoute. C'est prendre soin psychologiquement, être respectueuse de ses valeurs, respecter ses choix. C'est très vaste le soin, d'un côté le soin technique et soigner la maladie au sens propre, mais aussi prendre soin d'un aspect psychologique et social, tout ce qu'il y a autour de la maladie.*

2-Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises afin de travailler avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ?

*C'est valable pour tout le monde, qu'ils aient des douleurs ou pas. Le respect, la tolérance, l'écoute, mais qu'ils aient mal ou pas.*

## La douleur

3-Quelles différences faites vous entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

*La douleur aiguë est la douleur qui arrive une seule fois mais qui peut être très forte, comme lors d'une appendicite, alors que la douleur chronique c'est une douleur qui est répétitive, souvent due à une maladie chronique, dans un cancer par exemple.*

=> Votre prise en charge de la douleur diffère-t-elle selon son type ?

*La douleur aiguë doit être soulagée tout de suite, donc ça peut être des doses très importante immédiatement pour soulager la douleur. La douleur chronique, il faut la soulager avant même qu'elle apparaisse.*

=> Laquelle, selon vous est la plus difficile à prendre en charge ?

*La douleur chronique, car elle est répétitive, car il est difficile de trouver le bon dosage, et c'est tous les jours justement.*

4-D'après vous, quels sont les actes et soins les plus douloureux pour les patients ayant des douleurs chroniques ?

*Tous les actes invasifs, même une prise de tension. Une prise de sang, une pose de perfusion, un pansement peut être aussi très douloureux, les ulcères qui doivent être nettoyés tous les jours est l'un des actes les plus douloureux pour les patients qui ont des douleurs chroniques. Ne serait-ce que de les mettre au fauteuil ou faire la toilette ça peut être aussi vécu comme un moment douloureux, tous les actes chez un patient finalement.*

*Tout ce qui est invasif est tout de même plus douloureux.*

5-Utilisez vous des techniques pour limiter les douleurs liées aux soins ?

Si oui, lesquelles ?

Sinon pourquoi ?

*Beaucoup discuter, quand on parle avec eux et qu'on se focalise pas sur le soin que l'on est en train de faire, la douleur est atténuée quand même. Parler de plein de chose diverses ça aide beaucoup. Si on est concentrée sur le pansement, si on parle pas et que l'on est complètement fermée, la personne est aussi focalisée sur le soin, et la elle souffre plus. Le toucher aide beaucoup, ça aide à apaiser la patient. Il faut bien l'installer aussi.*

6-Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des douleurs chroniques sur l'état psychologique du patient ?

*L'agressivité, même lors d'un pansement ou n'importe quel soin que l'on doit faire régulièrement, les patients sont agressifs. Les patients qui ont mal et à qui on doit faire une prise de*

*sang tous les matins ou les perfuser ou que le pansement qui fait mal doit être fait tous les jours et qui va entraîner des souffrances, ça rend les patients extrêmement agressif.*

## **L'anxiété**

7-Quels sont pour vous les signes qu'un patient est anxieux avant un soin ?

*Il se crispe, il est agressif et va être dans le refus. Il peut aussi l'exprimer en disant « non j'ai pas envie, vous allez me faire mal »*

8-Pensez vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

*Complètement, pour moi c'est complètement lié, plus on est anxieux, plus on a mal. Plus on appréhende un soin, plus on a mal. Quelqu'un qui a peur des prises de sang, il est complètement crispé et il aura mal. Et ça se voit, si on prend le temps de discuter, de le rassurer, s'il pense à autre chose, il aura moins mal. Plus on est anxieux, plus on est crispé et plus on aura mal.*

9-Quelles techniques utilisez vous pour diminuer l'anxiété d'un patient avant un soin pour influencer sur sa perception de la douleur ?

*Expliquer le soin, prévenir de ce qu'on fait. Si on fait une prise de sang tôt le matin, ne pas le réveiller en allumant en grand la lumière. Le patient n'est pas prévenu du soin, donc ça le stress parce qu'il sait qu'il va avoir mal. Si on ne lui explique pas ce qu'on fait, si on ne lui parle pas avant, tout ça majore l'anxiété et donc ça va majorer la douleur*

Si oui, comment mesurez vous cet effet ? Et comment cela se manifeste-t-il ?

*Par l'attitude du patient, si le patient est stressé, ça se voit par le faciès et ce qu'il dit. S'il s'accroche au drap et au barrière ça se ressent aussi.*

10-Avez vous des informations que vous voudriez me donner en rapport avec ce thème ?

*L'anxiété joue complètement sur les douleurs chroniques. Rien qu'une prise de sang, si le patient commence à trembler alors c'est sur qu'il aura mal. Il dira « aïe », il va être pas bien. Les jours où on va être pressé et qu'on se dépêche de faire les choses, et qu'on prend pas le temps de parler, d'apaiser, de toucher, c'est sur que le patient aura bien plus mal. Si par exemple on met une heure à faire le pansement chez un patient qui a des douleurs chroniques ou si on en met 10, alors la douleur ressentie ne sera pas la même. Si on a mit une heure, c'est qu'on a prit le temps de bien*

*l'installer, de discuter, de le mettre en condition. Forcément la douleur et l'anxiété ont un lien.*

## **Annexe IV : Entretien N°3**

### **L'infirmier**

Age 57ans Année de diplôme. 1992

Service précédent Médecine, gériatrie à l'AP-HP, chirurgie

Service actuel Soins de suite et réadaptation gériatrique

Depuis combien de temps ? 7 Ans

Avez vous des formations complémentaires dans le domaine de la santé ? Non

1-En tant qu'IDE, que signifie l'expression « prendre soin »?

*Prendre soin, c'est tout ce qui concerne le rétablissement de la santé du patient, son autonomie, sa santé, pour qu'il puisse retourner chez lui. C'est vague, c'est soulager la douleur, pouvoir constater ce qui ne va pas chez un patient, au niveau psychologique, au niveau de tout.*

2-Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises afin de travailler avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ?

*Il faut écouter la personne, l'observer. Observer la personne c'est savoir déjà à peu près si elle a mal, si elle ne va pas bien psychologiquement, le visage reflète beaucoup de chose interne. Demander ce qu'il ne va pas et beaucoup écouter.*

### **La douleur**

3-Quelles différences faites vous entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

*Une douleur chronique est présente depuis plus de 6 mois au moins, elle dure depuis longtemps. La douleur aiguë c'est une douleur qui va se tasser dans le temps, le patient aura moins mal au fur et à mesure.*

=> Votre prise en charge de la douleur diffère-t-elle selon son type ?

*Quand c'est chronique en général on réfléchit à plusieurs pour choisir le médicament et surtout à quel moment le patient a mal. S'il s'agit d'une douleur qui intervient la nuit, il vaut mieux couvrir la douleur sur la nuit. Il faut aussi voir au niveau psychique, il faut voir les moments et à quelle occasion la douleur arrive.*

=> Laquelle, selon vous est la plus difficile à prendre en charge ?

*Je pense que c'est la douleur chronique car elle est installée depuis le longtemps. Il faut trouver la bonne thérapeutique avec le médecin pour pouvoir la combattre, et voir à quel moment il a*

*mal, et voir avec le patient comment être le plus efficace possible.*

4-D'après vous, quels sont les actes et soins les plus douloureux pour les patients ayant des douleurs chroniques ?

*Surtout la mobilisation, la verticalisation réveille beaucoup les douleurs lombaires*

5-Utilisez vous des techniques pour limiter les douleurs liées aux soins ?

*Pour les pansements douloureux par exemple, quand on le sait, après avis du médecin, il y a une prescription de morphine 30 min avant le soin. Quand une toilette est très douloureuse en fin de vie par exemple, on leur donne de la morphine sur PM avant. Les médecins prescrivent souvent de la morphine pour les soins, les dolipranes ne seront pas efficaces.*

6-Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des douleurs chroniques sur l'état psychologique du patient ?

*C'est horrible les douleurs, ça épuise, moralement. Ça les fait devenir dépressifs, ils ne mangent plus à cause de la douleur, le patient se fixe dessus et ne mange plus. Si la douleur n'est pas calmer, tout le reste va aller plus mal.*

### **L'anxiété**

7-Quels sont pour vous les signes qu'un patient est anxieux avant un soin ?

*Il a peur d'avoir mal, il fait la grimace, il veut repousser le soin. On note de l'agitation et de l'inquiétude.*

8-Pensez vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

*Oui, l'inquiétude fait qu'on a plus mal. Quand on a une petite douleur, l'anxiété va faire qu'on a plus mal, c'est sur.*

9-Quelles techniques utilisez vous pour diminuer l'anxiété d'un patient avant un soin pour influencer sur sa perception de la douleur ?

*J'essaye de le rassurer, mais ça ne marche pas a tout les coups. L'écouter pour connaître sa position antalgique par exemple.*

Si oui, comment mesurez vous cet effet ? Et comment cela se manifeste-t-il ?

*Ici, on a le temps de discuter avec les patients, donc comme on explique et rassure à chaque fois, on a pas de comparaison au cas ou on ne le ferai pas.*

10-Avez vous des informations que vous voudriez me donner en rapport avec ce thème ?

*Je peux parler de mon vécu, cela fait 37 ans que je suis dans les hôpitaux. Donc quand j'ai commencé la douleur n'était pas traitée comme maintenant. Les patients souffraient et se taisaient. Dans un service de gériatrie, une patiente avait une gangrène et criait mais c'est pas pour ça qu'on s'en occupait. Quelques petits antalgiques mais ça n'intéressait pas. Personnellement, je l'entendais, ça me faisait mal au cœur, mais on ne faisait rien. A cette époque là, les médecins n'étaient pas aussi accessible que maintenant. Actuellement, on arrive à mieux communiquer avec les médecins et la gestion de la douleur s'améliore petit à petit. Ici c'est vraiment bien, les patients ne crient plus car on peut discuter avec le médecin, mais peut être mon expérience aussi qui aide. Malgré tout une patiente avec des ulcères était très douloureuse, la morphine est venue sans doute un peu tard .... A Saint-Louis, ils faisaient tout pour soulager la douleur des patients dans le service d'oncologie. De ce point de vue la je suis satisfaite aujourd'hui.*

## **Annexe V : Entretien N° 4**

### **L'infirmier**

Age 47 ans Année de diplôme. 1990

Service précédent 25 ans de médecine

Service actuel Unité de soins palliatifs

Depuis combien de temps ? 1 an et demi

Avez vous des formations complémentaires dans le domaine de la santé ? Non

1-En tant qu'IDE, que signifie l'expression « prendre soin »?

*Prendre soin c'est avoir du temps, il faut être attentif au patient, attentif aux demandes orales et à tout ce qu'on peut voir et qui n'est pas manifesté oralement.*

2-Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises afin de travailler avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ?

*De l'écoute, beaucoup d'écoute, et beaucoup d'attention pour vraiment déceler ce que les patients ne vont pas dire justement.*

### **La douleur**

3-Quelles différences faites vous entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

*C'est plutôt de la théorie, la douleur c'est celle qui va arriver subitement, qui va pas forcément être très longue dans le temps, la douleur chronique est une douleur que les patients vont avoir toute la journée.*

**=> Votre prise en charge de la douleur diffère-t-elle selon son type ?**

*C'est à dire que les traitements ne sont pas les mêmes, la prise en charge diffère forcément, mais ici en soins palliatifs les deux sont souvent présentés en même temps, c'est plus compliqué de dire que la prise en charge n'est pas la même, on gère les deux de la même façon sans distinction.*

**=> Laquelle, selon vous est la plus difficile à prendre en charge ?**

*Je pense la douleur chronique, car comme elle est présente continuellement c'est qu'on a plus de mal à la faire céder que la douleur aiguë.*

**4-D'après vous, quels sont les actes et soins les plus douloureux pour les patients ayant des douleurs chroniques ?**

*Ça dépend de la localisation de la douleur, un patient qui a des douleurs lombaires chroniques, la mobilisation va être ce qui y a de plus douloureux pour lui. Les soins d'hygiène et les transferts sont sûrement plus douloureux pour ces patients là.*

**5-Utilisez vous des techniques pour limiter les douleurs liées aux soins ?**

*Médicamenteuse on utilise l'EMLA pour les injections, prise de sang etc, après on a déjà eu à se servir du MEOPA. On fait souvent les soins à deux pour qu'une personne dirige l'attention ailleurs que sur les soins que l'on est en train de faire.*

**6-Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des douleurs chroniques sur l'état psychologique du patient ?**

*Les patients qui sont douloureux chroniques peuvent déclencher un syndrome dépressif. On peut voir de l'énerverment, de l'agacement. Les gens qui ne supportent plus d'avoir mal sont irritables.*

## **L'anxiété**

**7-Quels sont pour vous les signes qu'un patient est anxieux avant un soin ?**

*Ça peut être le patient qui pose beaucoup de questions, qui refuse le soin. Un patient qui s'agite aussi. Le patient qui cherche à retarder l'échéance du soin.*

8-Pensez vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

*Oui, je pense que plus le patient est anxieux plus il aura mal, et donc il aura encore plus mal.*

9-Quelles techniques utilisez vous pour diminuer l'anxiété d'un patient avant un soin pour influencer sur sa perception de la douleur ?

Si oui, comment mesurez vous cet effet ? Et comment cela se manifeste-t-il ?

*Si on essaye de détourner son attention par des massages ou en lui parlant, on peut se dire qu'en ayant fait une toilette normalement et de cette façon on va pouvoir comparer s'il a plus ou moins mal. On compare deux même situations et on peut comparer. Mais ça ne veut pas dire qu'une technique qui a marché un jour va fonctionner un autre jour. Après le patient qu'on arrive à calmer et rassurer, on va se dire que ça a fonctionné si on arrive à faire le soin sans qu'il soit douloureux et sans avoir fait d'antalgique. Ici on fait quand même beaucoup d'avant-soin, on utilise la morphine et l'hypnovel, plus que dans un service classique. On utilise beaucoup les médicaments ici, pas que ça mais on les utilise beaucoup malgré tout. Et finalement ça marche la plupart du temps.*

10-Avez vous des informations que vous voudriez me donner en rapport avec ce thème ?

*J'ai le souvenir d'un patient avec des escarres partout à qui on ne pouvait pas faire la toilette, la seule chose qui marchait c'était le MEOPA, et pourtant le MEOPA n'est pas un antalgique, c'est le fait de lui calmer son anxiété et de le « shooter » un petit peu qui a permis qu'on arrive à lui faire la toilette sans problème. C'était pas un problème d'antalgique pour la coup, le MEOPA marche bien chez les adultes aussi.*

## **Annexe VI : Entretien N°5**

### **L'infirmier**

Age 26ans Année de diplôme. 2016

Service précédent *Aucun*

Service actuel *Soins longue durée*

Depuis combien de temps ? *4 mois*

Avez vous des formations complémentaires dans le domaine de la santé ? *Non*

1-En tant qu'IDE, que signifie l'expression « prendre soin »?

*Hmmm, ça serait prendre en charge dans sa globalité la personne, sous tout ses aspects. On développera plus tard.*

2-Quelles sont selon vous les qualités et les valeurs requises afin de travailler avec des personnes souffrant de douleurs chroniques ?

*La patience, l'observation, euuh, (grand silence), je vois pas sinon.*

### **La douleur**

3-Quelles différences faites vous entre une douleur aiguë et une douleur chronique ?

*La douleur aiguë va être sur le court terme, et la douleur chronique sur du long terme.*

=> Votre prise en charge de la douleur diffère-t-elle selon son type ?

*Hmmm, non, parce que dans tous les cas elle va être prise en charge, et dans tous les cas des choses seront mise en place pour la prise en charge.*

=> Laquelle, selon vous est la plus difficile à prendre en charge ?

*La chronique, je dirai.*

4-D'après vous, quels sont les actes et soins les plus douloureux pour les patients ayant des douleurs chroniques ?

*Ça dépend de l'origine de la douleur chronique, les soins très invasifs vont engendrer davantage de douleur, mais je vois pas trop.*

5-Utilisez vous des techniques pour limiter les douleurs liées aux soins ?

*Oui.*

Si oui, lesquelles ?

*On va utiliser une façon de faire pour mobiliser les patients, pour les toilettes, les changes. Je vais dire tout ce que je fais avant de le faire, pour les prise de sang par exemple, je préviens tout le temps et j'explique au fur et a mesure.*

Sinon pourquoi ?

6-Selon vous, quelles peuvent être les conséquences des douleurs chroniques sur l'état psychologique du patient ?

*Il va appréhender davantage les soins qu'on va lui faire.*

## L'anxiété

7-Quels sont pour vous les signes qu'un patient est anxieux avant un soin ?

*S'il est mutique, alors que quand on connaît la personne et qu'elle a l'habitude de parler. Le faciès fermé et le regard dans le vide.*

8-Pensez vous que l'anxiété influe sur la perception de la douleur ?

*Oui, mais il va pas forcément avoir plus mal. Comme il va être plus anxieux, il va appréhender le soin, et en fonction de ce qu'on va faire, il va augmenter la douleur.*

8-Quelles techniques utilisez vous pour diminuer l'anxiété d'un patient avant un soin pour influencer sur sa perception de la douleur ?

*Je vais expliquer le soin, si je sais que le patient va appréhender, je vais me poser, le regarder, tout lui expliquer du soin. Ensuite pendant le soin, je vais réexpliquer chaque moment du soin.*

Si oui, comment mesurez vous cet effet ? Et comment cela se manifeste-t-il ?

*Ici la difficulté, c'est qu'il ne parle pas forcément. Mais a la façon de réagir des patient ou peu voir certaines choses. Je le vois pas au niveau des échelles de douleur, je m'en sers pas pour ça.*

10-Avez vous des informations que vous voudriez me donner en rapport avec ce thème ?

*Une expérience, en stage aux urgences, une jeune qui appréhendait énormément la pose de perfusion, tellement que ses veines se sont contractées. Et au moment de perfusé ça passait pas, et la elle a eu vraiment mal. On voit que son anxiété a jouer sur sa physiologie et que ça a conduit a un soin douloureux.*



## Annexe VII : Grille d'évaluation de Lipman et Covi

L'échelle de Covi est constituée de 3 items (discours du sujet, comportement et plaintes somatiques) cotés de 1 à 5 destinés à évaluer le discours, le comportement et les plaintes somatiques du sujet anxieux. Sa sensibilité est satisfaisante. Largement diffusée, elle est d'un emploi rapide et facile pour un cotateur ayant une expérience des troubles anxieux. Elle peut être répétée souvent. Sa large diffusion permet de bien connaître ses bornes ; son emploi comme critère d'évaluation principal des troubles anxieux est possible.

Une seule étude validation chez les anxieux et les sujets normaux, a été publiée. Pour l'auteur, un score de trois représente une absence de symptômes alors qu'un score de 15, représente un haut degré de détresse

Coter :

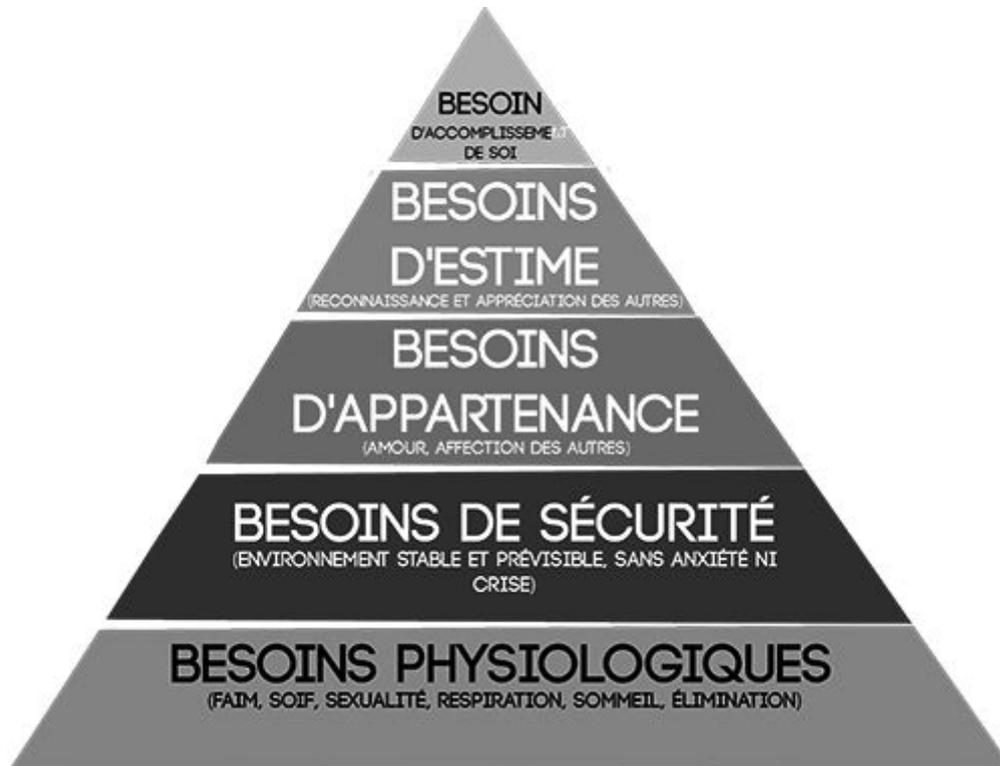
- Inexistant : 1 ;
- Faible : 2 ;
- Moyen : 3 ;
- Beaucoup : 4 ;
- Énorme : 5.

Discours du sujet : Nerveux, pas dans son assiette, agité, effrayé sans raison, peureux, tendu, noué, doit éviter certaines conduites, certains lieux, difficultés à se concentrer.

Comportement : Semble effrayé, angoissé, mal à l'aise, agité.

Plaintes somatiques : Sudation, tremblements, sensation de striction cardiaque, tachycardie, oppression respiratoire, sensation de chaud ou froid, sommeil agité, estomac noué, boule dans la gorge.

## Annexe VIII : Pyramide de Maslow



## ANNEXE IX : Tableau d'analyse

	IDE 1	IDE2	IDE 3	IDE 4	IDE5
Age	44 ans	34 ans	57 ans	47 ans	26 ans
Année de Diplôme	2009	2004	1992	1990	2016
Service Actuel	EHPAD	SSRG	SSRG	USP	USLD
Depuis cbn de tps	6 ans	12 ans	7 ans	1 an et demi	4 Mois
Service précédent	Gériatrie	Aucun	Médecine, gériatrie, chir	Médecine	Aucun
Formations compl	Alzheimer	Soins Pall Bienêtre stress Alzheimer	0	0	0
1) Prendre soin	Un tout, s'occuper dans la globalité, social, psychologique et médical	Répondre aux attentes, bien-être, écoute. Prendre Soins psy/social. Respecter les valeurs, les choix. Y a un coté technique et un sens propre au soin	Tout le rétablissement de la santé, autonomie pour rentré chez lui, soulager la douleur, soulagé le psy, soulagé tout	Avoir du temps, attentif au patient, demande oral et ce qu'on peut voir	Prise en charge globale, sous tous les aspects
2)Qualités/ Valeurs	écoute, patience, pas d'écoute= passer a coté de quelques chose. Empathie. Aller au bout des choses. Ce n'est jamais rien	Valable pour tous les patients, douleurs chroniques ou pas : respect tolérance écoute.	Écoute, observation = 1ere évaluation. Importance du visage. Questionner et savoir écouter	écoute +++. Attention ++ déceler ce qui n'est pas dit	Patience, observation
3) Diff aigus douleurs	douleur a instant T //douleur qui perdure qu'on a tout le temps	Douleur aiguë = 1 seule fois mais forte. Douleur chronique = répétitive, maladie chronique comme le cancer	Chronique = présente depuis 6 mois. Aiguë elle va se tasser dans le temps	Théorie : Aiguë arrive subitement. Pas très longue. Chronique douleur présente toute la journée	Aiguë : Court terme Chronique : Long terme
Diff PEC	Diff car douleur aiguë se traite a instant T, dlr chronique touche le moral, nécessite + que des antalgiques	Dlr aiguë doit être soulagé de suite=> dose importante. Douleur chronique soulager avant qu'elle arrive	Chronique = Réflexion à plusieurs pour choix médic + moment d'admin. Voir l'état psy du patient	Traitement différent donc PEC différente. USP douleur mixte donc traiter de la même façon	Non car prise en charge dans tous les cas
+ difficile	Chronique	Douleur chronique car répétitive, bon dosage a trouver tous les jours	Chronique car installé depuis longtemps, avoir tous les éléments avec le médecin ( heure des douleurs, intensité) pour être efficace	Chronique car toujours présente donc plus difficile a faire céder que l'aiguë	Chronique
4) Actes soins + dlr	Soin d'hygiène, toilette, pansement	Actes invasifs, ou prise de TA. Pansement. Mobilisation, toilette. Tout en fait.	Mobilisation, verticalisation	Mobilisation, Soins d'hygiène et transfert.	Soins très invasifs
5)Techniques de slgmt	Sur PM, morphine	Discussion, ne pas se focaliser sur le soin, si on est concentré sur le soin le patient aussi donc dlr augmente. Toucher et installation	Morphine sur PM 30 min avant le soin (pansement, toilette). Doliprane peu efficace	EMLA, Méopa. Soins à deux pour attirer l'attention	Technique de mobilisation, explication des soins
6) Impact dlr chro sur psy	Dépression, anxiété	Agressivité.	Horrible, épuisement. Dépression, mangent plus. Douleur influence tout le reste du corps	Dépression. Énervement, agacement. Irritabilité	Apréhension
7) Signes anxiété	Appréhension, crispation, verbalisation, mimiques	Crispation, agressivité, opposition, verbalisation.	Peur, grimace, repousse le soin. Agitation, inquiétude	Pose bcp de question, refus du soin. Agitation, Retarde le soin.	Mutisme, faciès
8) Lien anxiété/dlr	possible mais on peut pas vérifier	Complètement. Appréhension augmente la douleur. Anxiété => Crispation=> augmentation de la douleur	Oui, l'anxiété augmente la dlr	oui, anxiété augmente la douleur	Oui
9) technique anxiété/dlr	explication avant le soin, prendre le temps apaise les craintes ; connaissance de l'IDE par les résidents = confiance	Expliquer le soin, prévenir. Ne pas stresser le patient dès le réveil. Ne pas majorer l'anxiété pour ne pas majorer la douleur	Réassurance, mais pas toujours efficace, écoute pour connaître la position antalgique	Massage, discussion. Technique ne marche pas a tous les coups. Bcp d'avant soin hypno/ morphine // autres services => efficace	Explication du soin avant et pendant le soin, prend son temps,
Mesure de l'effet	moins de plaintes // a pas le temps. Si pas le temps, pas de douceur, faire mal sans le vouloir	Fonction de l'attitude du patient. Faciès et ce qu'il dit.	Pas de comparaison faite, car réassurance systématique grâce au temps	Comparaison avec et sans techniques. Impression que le patient n'a pas été algique	Patient qui ne parle pas, ca se voit à l'agitation ou non du patient. Pas d'utilisation des échelles
Info compl	sédation avec anxiolytiques pour limité les douleurs, mais plus rare que morphines = permet l'acceptation. Si patient souffre, IDE souffre	Anxiété joue aussi sur les douleurs chroniques. Prendre son temps apaiser, toucher le patient atténue le stress et donc la douleur	37 ans dlr intéresse pas. Désormais médecin plus a l'écoute et plus accessible, donc plus efficace AP-HP plus efficace que proximité	Utilisation du méopa qui n'est pas antalgique pour gérer des douleur d'escarre.	Réactions physiologique à l'anxiété.