

Emilien Dupont

Promotion 2008 – 2011

Madame Jousse

Conseillère de Mémoire

Le souvenir d'une expérience douloureuse

Travail écrit de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier

Session de septembre 2011

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Avenue Général Harris 14033 CAEN Cedex 9

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé, de près ou de loin, à réaliser mon travail de fin d'étude. Je remercie Madame Pétrissant et Monsieur Lepleux, documentalistes de l'IFSI de Caen, pour m'avoir guidé dans mes recherches théoriques. Je remercie Madame Jousse, formatrice de l'IFSI et conseillère de mémoire, pour m'avoir guidé dans l'élaboration de mon travail, pour m'avoir fait progresser et pour avoir pris le temps de répondre à mes questions. Je remercie également les infirmiers et infirmières que j'ai rencontrés en entretiens individuels, pour le temps qu'ils m'ont accordé et les informations qu'ils m'ont apportées. Enfin je tiens à remercier mes proches qui m'ont soutenu tout au long de ma formation et tout particulièrement ces dernier mois.

« Le souvenir du bonheur n'est plus du bonheur ; le souvenir de la douleur est de la
douleur encore. »

[George Gordon, Lord Byron]

« Nos douleurs ennuiet ceux qu'elles n'attristent pas. »

[Diane de Beausacq]

« Une telle douleur, si j'ai pu la prévoir, Je saurais la subir. »

[Virgile]

« Ceux qui ont souffert, l'éventualité de la souffrance les fait souffrir autant que la
douleur même. »

[Sénèque]

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Formulation question de départ.....	2
1.1 Constats	2
1.2 Analyse	5
1.3 Question de départ.....	5
Exploration théorique	6
2.1 La prise en charge de la douleur	6
➤ Historique	6
➤ Cadre législatif	6
➤ Définitions	7
2.2 Composantes de la douleur	7
2.3 Mémorisation de la douleur	9
➤ Aspect physiologique	9
➤ De l'enfance à l'adulte	9
➤ Douleur sans stimulus nociceptif	10
2.4 Synthèse de l'exploration théorique	12
Exploration pratique	13
3.1 Méthodologie suivie	13
3.2 Analyse des résultats	14
3.3 Synthèse de l'exploration	18
La problématique	19
Conclusion	20
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Pendant longtemps, la douleur a été décrite comme une fatalité, le prix à payer pour obtenir la guérison, aujourd'hui ce n'est plus le cas. L'hôpital ne rime plus forcément avec douleur, on ne conçoit plus de souffrir. Le « tu enfanteras dans la douleur » du christianisme n'est désormais plus d'actualité. Cependant, dans la profession infirmière, la douleur est une notion incontournable et qui fait malheureusement partie du quotidien des soignants.

Depuis plusieurs dizaines d'années, de grands progrès ont été réalisés pour permettre le soulagement de la douleur, mais il reste de nombreux points à améliorer. C'est pourquoi la politique de santé actuelle a mis en place le plan de lutte contre la douleur de 2006-2010. Les objectifs principaux de ce plan sont : d'améliorer la prise en charge des personnes les plus vulnérables, de renforcer la formation des professionnels de santé, d'avoir une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non médicamenteuses et enfin de structurer la filière de soins.

J'ai choisi d'aborder le thème de la douleur induite par les soins, car cette douleur représente un important paradoxe pour la profession infirmière. La plupart des soignants choisissent ce métier pour aider et soulager les autres, et non pour infliger des douleurs. Mais quand la douleur intervient lors d'un soin, elle devient ambiguë et complexe.

La prise en charge de la douleur, représente à mon sens, une grande partie de la prise en charge globale du patient. Ainsi la qualité de cette prise en charge conditionne sûrement l'acceptation, le déroulement et la douleur d'un futur soin. Aussi j'ai pu faire plusieurs constats sur le thème de la mémorisation d'une douleur et ses conséquences lors d'une future prise en charge, et c'est pourquoi il me paraît important d'aborder ce sujet.

Formulation question de départ

1.1 Constats

➤ Constat N°1

Je suis étudiant en 2^{ème} année et cette situation se passe lors de mon 4ème stage que je réalise de nuit, dans un service d'ORL. Il est 23h, l'infirmière, l'aide soignante et moi sommes dans la salle de pause et attendons une dame de 55 ans, mutée des urgences de Falaise pour épistaxis récidivant. Je demande à l'infirmière si je peux assister au méchage avec l'interne, elle me répond « oui » et que pour trouver la salle des consultations externes je n'ai qu'à « suivre les cris »

Quand j'entre dans la pièce, je trouve la personne sur la table d'examen en position demi-assise, sa fille en retrait au fond de la pièce et l'interne à côté d'elle. Aussitôt rentré dans la pièce l'interne me prescrit d'aller chercher du paracétamol 1g, que je trouve dans la pharmacie du service puis que j'administre à la personne. Ensuite l'interne commence à enlever les mèches qui avaient été posées aux urgences de Falaise, il les humidifie abondamment et tire d'un coup sec. La personne hurle de douleur pour chaque narine puis tousse et crache énormément. L'interne prescrit un Actiskenan©, que je vais chercher dans la pharmacie et que j'administre à la patiente. Puis l'interne attend environ 5-10 minutes et commence à se préparer pour évacuer les caillots de sang des fosses nasales. Avec un flacon de sérum physiologique de 50 ml, il propulse le sérum dans une narine en écrasant le flacon, pour faire sortir les caillots. Après une dizaine de flacons vidés et beaucoup d'effort, de crachats et de toux de la part de la personne, un très gros caillot est évacué. Elle est exténuée et répète à plusieurs reprises qu'elle n'en peut plus et qu'elle a très mal. Ensuite l'interne réalise le méchage des deux narines, en insérant des mèches d'environ 7cm, qu'il enfonce d'un geste franc et sec jusqu'au fond des fosses nasales. La personne hurle de douleur, tape des pieds et des mains. Pour la deuxième narine elle attrape la main de l'interne quand il enfonce la mèche tellement la douleur est intense.

Ensuite l'interne annonce qu'il va la garder tout le week end dans le service en observation, pour lui administrer des antibiotiques IV, des antalgiques et surveiller un risque de récurrence. La personne n'accepte pas tout de suite son hospitalisation car elle a ses petits enfants chez elle pour le week end, mais sa fille arrive à la convaincre de rester dans le service. Je l'accompagne donc dans une chambre seule libre et l'aide à s'installer. Elle me répète à plusieurs reprises que le soin a été très dur, qu'elle a très mal et qu'elle est très fatiguée.

➤ Constat N°2

Je suis étudiant en 2^{ème} année et cette situation se passe lors de mon 5^{ème} stage que je réalise dans un établissement de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle. Il est 11h, l'infirmière du secteur et moi-même commençons la réfection d'un pansement d'ulcère sur la partie inférieure de la jambe gauche d'une personne âgée de 83 ans. L'ulcère est assez étendu, très fibrineux et n'a pas d'évolution depuis plusieurs semaines. Nous entrons dans la chambre et installons la personne assise dans la douche pour effectuer la détersion (Dascrub®), après avoir enlevé le pansement, complètement mouillé par les sécrétions de son ulcère. Ensuite j'accompagne la personne dans la salle de soins qui se trouve à une cinquantaine de mètres de sa chambre et l'installe assise, la jambe tendue sur la table d'examen. L'infirmière commence par appliquer la prescription de Xylocaïne 0.5% en spray qu'il faut laisser agir au moins 10 minutes, sachant que 1 heure avant nous lui avons administré l'antalgique prescrit, de 15 gouttes de Topalgic 100mg. La Xylocaïne glisse le long de sa jambe pour finir sur le champ non stérile qui se trouve sous sa jambe. L'IDE prépare ensuite le matériel nécessaire à la réfection du pansement et au bout de 10 minutes environ, commence par rincer l'ulcère au sérum physiologique, puis réalise la détersion mécanique à l'aide d'une curette stérile. Dès le début, la personne sert les dents, a des mouvements de retrait de sa jambe et gémit. Au bout de 5 minutes, elle nous dit que ça lui « fait trop mal » et qu'il « faut arrêter de gratter ». L'infirmière lui explique la nécessité de la détersion mécanique, qu'il faut enlever le maximum de fibrine, mais la personne souhaite que cela s'arrête. Donc l'infirmière arrête la détersion, malgré qu'il reste encore beaucoup de fibrine, et fini la réfection du pansement en mettant de l'Intrasite gel sur la fibrine, puis des pansements hydrocolloïdes, des pansements américains par-dessus et enfin des bandes pour tout tenir. La personne se désole de la non évolution de son ulcère, et que cela lui fait trop mal quand on gratte. L'infirmière lui explique qu'il faudrait pouvoir enlever tous ce qui est blanc sur sa plaie pour avoir une meilleure guérison mais que l'on n'y arrive pas car elle ne supporte pas la détersion malgré les antalgiques. La dame retourne dans sa chambre en nous remerciant pour le pansement.

➤ Constat N°3

Je suis étudiant en 2^{ème} année et cette situation se passe lors de mon 3^{ème} stage réalisé en février 2010, dans un service de chirurgie infantile.

C'est l'après-midi, je dois faire un prélèvement sanguin à un adolescent de 16 ans, souffrant d'un mal perforant plantaire, dû à un syndrome génétique provoquant les mêmes effets qu'un diabète. A cause d'une mauvaise expérience, il est très angoissé par les piqûres, il avait eu très mal et l'infirmière avait à son avis « trop insisté ». Connaissant cette angoisse j'applique le protocole du service qui consiste à coller un patch d'EMLA une heure avant un soin douloureux. J'attends qu'il ait fini son goûter et entre dans sa chambre, il est environ 16h30. Je suis seul avec lui. J'installe mon matériel, il me regarde faire. Il est très tendu, stressé, il appréhende la douleur. Il me transmet son stress, je suis tendu. J'essaie de le rassurer en lui expliquant tout ce que je fais. « Souffle un coup, ...attention je pique... ». Une fois piqué, je me rends compte que je ne suis pas dans la veine et n'arrive pas à remplir mes tubes. Je retire l'aiguille et je lui demande si je peux réessayer. Il répond « oui ». Cette fois ci l'infirmière du service m'accompagne. Je réinstalle mon matériel mais cette fois l'infirmière lui parle, attire son attention sur des sujets qui lui porte particulièrement à cœur, notamment sa petite amie. Elle réussit à le détendre, en détournant son attention et il oublie que je suis en train de m'installer. Moi aussi je suis moins tendu, je pique et réussis le prélèvement. Il retrouve le sourire, il n'a « presque pas eu mal », et se remet à plaisanter.

1.2 Analyse et question de départ

Dans la première situation la personne soignée est très fatiguée et elle a déjà subi un méchage douloureux aux urgences. Le soin réalisé entraîne beaucoup de douleur, l'interne est très froid, parle peu, n'explique pas le soin et effectue les gestes rapidement et la personne soignée se trouve frustrée de ne pas pouvoir rentrer chez elle. Par la suite, l'hospitalisation se passe assez mal, elle n'adhère pas aux soins et tous les soins réalisés semblent extrêmement douloureux pour cette personne. Alors est-ce que cette personne était sensible à la douleur ou les premiers soins ont-ils influencé la suite de l'hospitalisation ?

Dans la deuxième situation, le soin effectué et ses douleurs associées, sont bien connus par la patiente car effectués quotidiennement. Il y a un découragement et un désespoir ressentis par rapport à la guérison de la personne soignée, mais aussi de l'équipe, car il n'y a pas d'évolution. Malgré les antalgiques utilisés la douleur est présente et empêche la réalisation de la détersion mécanique de façon optimale. L'infirmière est embarrassée par la douleur et ne semble pas savoir comment persuader la personne des bienfaits de cette détersion. Finalement, de jours en jours, la patiente supporte de moins en moins la douleur et n'adhère plus aux soins. Donc la douleur ressentie tous les jours peut-elle influencer sa perception de la douleur ?

Dans la dernière situation, l'adolescent avait un vécu du prélèvement sanguin très négatif car très douloureux. Donc il appréhendait que cela soit un étudiant qui réalise le soin. Il m'a transmis son stress et la première tentative s'est soldée par un échec. Et une fois que son attention a été détournée, le soin est devenu moins désagréable. Lors d'une future prise de sang, il aura peut être un souvenir moins désagréable du soin et il est possible qu'il appréhende peut moins ce moment.

Je ne mets absolument pas en cause les compétences des différents soignants. Néanmoins, ce que je constate, est qu'une douleur passée peut influencer une douleur future. Ma question de départ est donc la suivante :

Quelle sont les conséquences du souvenir d'une douleur induite par les soins infirmiers sur une prise en charge ultérieure de gestes douloureux chez l'adulte en milieu hospitalier ?

Exploration théorique

2.1 La prise en charge de la douleur

➤ Historique

Dans *le phénomène de la douleur*, Serge Marchand nous rappelle que la douleur existe depuis la création de la vie et que ce sont les religions qui s'en sont servies en premier comme valeur rédemptrice : Selon la bible « c'est dans la douleur que tu enfanteras tes fils ». Il nous explique que pour les croyants « endurer la douleur tout au long de notre vie terrestre permet d'accéder à un monde meilleur pour l'éternité. *Dans cette optique, il n'est pas souhaitable de lutter contre la douleur.*»^[1] Ce n'est que récemment que la prise en charge de la douleur est devenue une priorité pour les professionnels de santé, avec un premier plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur en 1998-2002, auquel s'en sont suivis deux autres plans en 2002-2005 et 2006-2010¹. Dans le cadre du deuxième « plan douleur », les professionnels de santé ont choisi le terme de douleur provoquée « pour affirmer clairement leur responsabilité de soignant dans la prescription et l'exécution de soins générateurs de douleur.»^[7]

➤ Cadre législatif

La prévention et le soulagement des douleurs induites par les soins sont devenus une exigence éthique, légale et surtout un indicateur de la qualité du système de santé. Selon le décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels de la profession infirmière², l'article R.4311-2 stipule que « les soins infirmiers [...], intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils 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 [...].»^[10]. Ce même décret définit l'évaluation de la douleur comme un acte relevant du rôle propre de l'infirmier (article R.4311-5 alinéa 19) et stipule que « *l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter le traitement antalgique, dans le cadre de protocole préétablis, écrit, datés et signés par un médecin [...].*»^[10] (article R.4311-8). De plus la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006³ déclare dans son deuxième alinéa « *La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille.*»^[11]

¹ Annexe I : Plan d'amélioration 2006-2010

² Annexe II : Décret de 29 juillet 2004.

³ Annexe III : Charte de la personne hospitalisée.

➤ Définitions

Selon l'association internationale de l'étude de la douleur (IASP), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentiellement décrite en termes évoquant une telle lésion.* »^[4] Cette définition met en évidence le caractère subjectif de la douleur.

Dans *le phénomène de la douleur*, Serge Marchand définit la douleur comme « *une expérience que nous vivons depuis la naissance jusqu'à la fin de la vie [...] une expérience subjective, associée à notre perception de l'événement et influencée par nos expériences passées [...] une expérience désagréable, pourtant essentielle afin de préserver l'intégrité de notre organisme.* »^[1] Cela nous montre bien que la douleur est présente chez tout le monde et que nous ne pouvons pas vivre sans ce complexe système d'alarme.

Dans *douleur des gestes invasifs*, le Dr Francis Andriamampionona décrit la douleur induite par les soins comme « *une douleur de courte durée, causée par un médecin, un soignant ou à une thérapeutique, dans des circonstances de survenue prévisible et susceptible d'être prévenue par des moyens d'adaptés.* »^[13] cela nous montre que ce type de douleur peut être évité et que c'est à nous, infirmiers, de tout mettre en œuvre pour la réduire au maximum. Dans la revue infirmière *Soins* d'octobre 2010, Evelyne Malaquin-Pavan expose les causes de la survenue d'une douleur induite par les soins, « *évaluation défailante, organisation inadaptée des soins, inadaptation des locaux, du matériel et de l'environnement, sous utilisation des thérapeutiques et du matériel à disposition et approche trop rapide ou inadaptée de la personne soignée.* »^[4] Ces différentes causes nous guident sur les axes d'amélioration possibles de la prise en charge de la douleur induite par les soins, qui devrait disparaître. Le Dr F Gaillat nous donne quatre mots que l'on devrait toujours avoir en tête avant un soin potentiellement douloureux, « *réflexion, évaluation, anticipation, protocolisation.* »^[14]. Néanmoins la douleur est subjective car liée à la singularité de l'individu et à ses expériences passées, c'est pourquoi on peut parler de « *composantes de la douleur* ».

2.2 Composantes de la douleur

Comme nous l'explique les auteurs de *Structures et mécanismes cérébraux impliqués dans les aspects émotionnels et cognitifs de la douleur* ^[8], il existe plusieurs dimensions de l'expérience douloureuse, la première est une « *composante sensori-discriminative* », elle permet de déterminer la localisation spatiale, la durée, la qualité et l'intensité de la stimulation. La deuxième est une « *composante affectivo-émotionnelle et cognitive* » qui correspond à la manière dont la personne va percevoir la douleur et attribue son caractère désagréable, elle se manifeste généralement par la survenue d'épisodes anxieux, dépressifs, de stress, de colère ou encore de

peur. Elle correspond également au processus mentaux d'enregistrement des nombreuses informations d'expériences algiques. Cette composante peut même, être évaluée avec le questionnaire « *de saint Antoine*⁴ »^[15], qui permet au patient de décrire sa douleur avec des mots qui lui correspondent. Serge Marchand^[1] nous donne l'exemple suivant, qui illustre bien la différence entre ces deux composantes : « *la douleur de l'accouchement est d'intensité nettement plus importante que l'aspect désagréable alors que dans le cas d'une gifle c'est le contraire* ». Il nous décrit aussi une dernière composante appelée « *la composante culturelle* », elle correspond à la valeur qu'accorde la société dans laquelle vit l'individu à la douleur et à ce qu'elle représente. Les principaux acteurs de cette société sont : la famille, l'école et le travail, pour leurs aspects éducatifs face à la douleur, la religion qui enseigne souvent « *que la souffrance est un mal nécessaire pour améliorer notre être spirituel* »^[1] et le sexe qui d'après deux études épidémiologiques des années 1980 (Von Korffetal 88, Crooketal 94) montrent que les femmes sont plus fréquemment affectées par des douleurs temporaires ou persistantes et semblent plus vulnérables à certaines douleurs. L'une des hypothèses de Serge Marchand^[1] serait culturelle, car la verbalisation de la douleur chez les femmes semble amplifiée par l'entretien de l'image du sexe faible et fragile, alors que du côté masculin on favorise l'image du sexe fort et qui n'a donc pas de douleur, ou qui ne se plaint pas. Enfin la dernière façon de décrire la douleur serait de parler de seuil de la douleur et de seuil de tolérance. Le premier étant « *l'intensité d'une stimulation nécessaire pour produire une sensation douloureuse* »^[1] alors que le second serait « *l'intensité d'une stimulation suffisante pour que le sujet veuille que cela s'arrête immédiatement* »^[1]. Le seuil de la douleur semble être associé à la dimension sensori-discriminative « *il est relativement stable, mais semble peu sensible aux approches analgésiques* »^[1], le seuil de tolérance semble au contraire être associé à la dimension motivo-affective « *il est sensible aux manipulations motivationnelles et aux procédures analgésiques* »^[1].

Si l'on reprend chacune de ces composantes, on s'aperçoit qu'il existe un certain nombre d'éléments qui peut initier ou majorer la douleur lors d'un soin, c'est-à-dire des facteurs d'influence. Evelyne Malaquin-Pavan dans l'article « *Douleur liée aux soins définitions et aide au dépistage* »^[4] nous expose ces différents facteurs, qui sont tout d'abord des facteurs liés aux soins tels que la nature du soin, la zone du corps concernée, la durée ou la répétition de l'acte. Ensuite il y a des facteurs liés à l'environnement comme l'inconfort, le bruit et la luminosité. Puis, il existe des facteurs liés aux soignants tels que sa maîtrise du geste, ses compétences techniques, relationnelles et sur la prévention de la douleur. Enfin il y a des facteurs liés aux patients comme son état psychologique, sa compréhension du soin ou ses antécédents de douleur. Il est difficile de faire une liste exhaustive de l'ensemble des facteurs mais le vécu douloureux du patient en fait parti, on peut donc parler de mémorisation de la douleur.

⁴ Annexe IV : Questionnaire Saint Antoine

2.3 Mémorisation de la douleur

Prenons pour illustrer cette mémorisation le récit d'un torturé pendant la guerre de Corée. Il mentionnait que ce n'est pas tant les tortures physiques qui étaient pénibles, mais la préparation psychologique qui les précédait. Selon lui la douleur d'anticipation dépassait celle qui était produite par les supplices eux-mêmes ^[1]. Différents phénomènes entrent en jeu dans cette douleur d'anticipation notamment dans notre cerveau.

➤ Aspect physiologique

L'activation de différentes régions du cerveau lors d'un stimulus douloureux, témoigne de leur participation à la perception de la douleur mais aussi à ses réponses associées. Comme nous l'explique l'équipe de Fabien Marchand « *une signature cérébrale de la douleur a été retrouvée* » [...] « *Le cortex cingulaire antérieur est connu pour son implication dans l'émotion, la cognition et la mémorisation de la douleur.* » ^[8], l'activation du cortex cingulaire antérieur, ou CCA, est donc directement liée à la composante affectivo-émotionnelle et cognitive, et joue un rôle majeur dans la mémorisation de la douleur. La première preuve de l'implication du CCA remonte aux années 1960 avec l'ablation du CCA qui atténuait le caractère déplaisant de la douleur. Une équipe taïwanaise a mis au point une expérience : ils associent un son (stimulus conditionnel) à une pulsation laser de CO₂ (stimulus inconditionnel) sur des animaux, par la suite la simple émission du son suffisait à provoquer une réponse nocifensive. Après l'ablation du CCA le conditionnement a été largement diminué, renforçant ainsi le rôle crucial du CCA dans la composante émotionnelle.

Après un aperçu physiologique de la mémorisation de la douleur, il est important d'explorer cette mémorisation à travers les différents âges de la vie.

➤ De l'enfance à l'adulte

Le Pr Carl Von Baeyer dans « *mémoire et douleur chez l'enfant* » ^[7], nous explique plusieurs études réalisées sur la mémorisation et ses conséquences lors d'événements douloureux à différents stades de l'enfance. Anna Taddio et ses collègues (1997), ont étudié les conséquences de la circoncision chez les nouveau-nés, avec ou sans anesthésie, sur leurs réactions lors des vaccinations faites entre 4 et 6 mois. Les nourrissons qui n'ont pas eu d'anesthésie ont pleuré plus et montré des modifications comportementales plus importantes lors de la piqûre par rapport aux nouveau-nés opérés sous anesthésie. Weisman et ses collègues (1998), ont étudié les effets du Fentanyl®, intra nasal, versus un placebo, pour des ponctions

lombaires et médullaires chez des enfants. Lors de la première ponction la moitié des enfants a reçu du Fentanyl® et lors de la deuxième ponction tous les enfants ont reçu du Fentanyl®. Les enfants du premier groupe, Fentanyl® aux deux ponctions, ont montré une évaluation de leur douleur inférieure aux enfants du second groupe, Fentanyl® uniquement à la deuxième ponction. Ces deux études montrent que la douleur peut laisser un souvenir à un niveau implicite ou non verbal.

Pate, Blount, Cohen et Smith (1996) ont étudié les effets des expériences personnelles médicales, subies pendant l'enfance, et du tempérament vis-à-vis de la douleur, sur la peur des soins chez l'adulte, le « coping » et l'évitement des situations médicales. « *Le terme de coping fait référence à l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique.* »^[16]. Leurs travaux ont fourni la preuve que des situations médicales mal vécues dans l'enfance peuvent entraîner des souvenirs exagérés et négatifs qui influencent négativement les techniques d'adaptation et de coping ultérieurs. Le Pr Carl Von Bayere ajoute que la douleur provoquée peut induire de profondes difficultés, à l'âge adulte, qui peuvent aller de l'évitement du dentiste à une intense phobie des piqûres et, en général, du milieu médical. C'est pourquoi il insiste sur le fait qu'une prise en charge correcte de la douleur aujourd'hui va, vraisemblablement, porter ses fruits demain, tant pour le patient qui aura une peur réduite, que pour le soignant qui aura besoin de moins de temps pour faire le geste. Donc, même si des douleurs vécues dans la petite enfance ne laissent pas réellement de traces mnésiques conscientes, ces études nous montrent que dès l'enfance nous construisons notre vécu douloureux qui influencera notre douleur future.

➤ Douleur sans stimulus nociceptif

L'un des exemples le plus spectaculaire d'une forme de mémoire du corps est sans doute le phénomène du membre fantôme. Il a été décrit pour la première fois par le chirurgien Ambroise Paré en 1545. Mis à part des exemples comme celui-ci, qui sont très représentatifs, l'étude de Morley (1993) décrite par Elise Boujassy dans « *la douleur peut-elle se revivre sans stimulus nociceptif ?* »^[21]. nous montre que 59% des personnes bien portantes interrogées ont « *des souvenirs des spécificités sensorielles de leurs douleurs* »^[21], donc une grande partie de la population est consciente de son vécu douloureux. Elise Boujassy^[21], ajoute qu'il existe deux aspects à cette mémoire, un accès verbal qui correspond à la partie consciente et un accès contextuel qui est la partie inconsciente. Ce dernier est impliqué dans les « flash-back » douloureux en intégrant des sensations corporelles et émotionnelles, éprouvées au moment de l'expérience douloureuse.

La peur peut aussi permettre d'expliquer ce phénomène ; en effet, quand elle est liée à la douleur, c'est une réponse normale à des informations inhabituelles et menaçantes. Le Pr Johan Vlaeyen nous dit que des études cognitivo-comportementales nous montrent que la peur entraîne deux réponses comportementales différentes à la douleur, « l'affrontement et l'évitement »^[6]. Dans le cas d'un évitement, le patient peut se retrouver dans une spirale d'évitement et d'échappement des soins et entraîner un abandon de ces mêmes soins. Pour le Pr Johan Vlaeyen, « la peur est à l'origine de comportements de recherche de sécurité qui sont adaptés en cas de douleur aiguë, mais deviennent contreproductifs par la suite »^[6]. Il a même été développé un moyen de mesurer l'anxiété, les réponses d'échappement et d'évitement, l'appréhension en terme de peur et les symptômes d'anxiété physiologique en rapport avec la douleur. Ce modèle s'appelle le Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS), qui est un auto-questionnaire sur la peur de la douleur et ses liens avec les comportements douloureux.^[6] Cette peur est donc normale, mais il faut essayer de la diminuer au maximum pour éviter ses effets dans le futur.

Enfin, on peut dire que les expériences douloureuses ont tendance à modifier notre seuil de douleur. Une étude de Hall et Davies (1991), confirme « l'importance des expériences douloureuses précédentes », puisque l'étude conclue « qu'il existe un seuil de douleur plus élevé chez les femmes ayant enfanté que chez les femmes n'ayant jamais enfanté »^[1]. Cela signifie que plus on a subi des douleurs, moins on devient sensible à la douleur. Mais à contrario ses expériences douloureuses modifient le seuil de tolérance en l'abaissant, ce qui fait que l'on a tendance à éviter les situations où la douleur sera présente. Pour conclure nous pouvons dire comme le Dr Francis Andriamampionona le dit « des soins douloureux qui se répètent sont de plus en plus difficiles à supporter et la hantise de leur retour augmente l'anxiété et renforce sa perception de la douleur »^[13]. Alors prenons le temps de prévenir la douleur d'aujourd'hui pour que celle de demain soit moins forte.

2.4 Synthèse de l'exploration théorique

Au terme de mon analyse théorique, plusieurs éléments me semblent devoir être retenus. Actuellement, la lutte contre la douleur est devenue une des priorités du système de santé, sa prévention et son soulagement sont devenus une exigence éthique, légale et un indicateur de la qualité des soins. Mais cette douleur est une expérience complexe, psychosensorielle au même titre que les souvenirs visuels et auditifs. C'est une expérience multidimensionnelle avec une composante sensori-discriminative, qui permet de qualifier et de quantifier la douleur, avec une composante affectivo-émotionnelle et cognitive qui correspond à la manière dont la personne perçoit sa douleur. On s'aperçoit donc que la douleur est subjective, et que cela implique que l'analyse de la situation se fonde sur les dires de la personne, et non sur ce que l'infirmière pense être douloureux ou pas. Car seul le malade sait ce qu'il vit à travers sa douleur et c'est en interrogeant attentivement son vécu douloureux que nous parviendrons à le soigner au mieux.

Les auteurs que j'ai cités se rejoignent quand ils disent que prévenir et traiter insuffisamment la douleur lors d'un premier soin expose à aggraver la perception des suivants. Effectivement, il est maintenant prouvé qu'il existe une forme de mémoire de la douleur, qui nous fait revivre, consciemment ou inconsciemment, une expérience passée et influence la perception de la douleur actuelle. On pourrait ainsi dire que la douleur nous rend plus vigilant à la douleur. Cela engendre des conséquences qui peuvent être, plus ou moins, délétères pour la personne et qui peuvent aller d'une majoration d'une douleur induite par les soins, à un évitement total du système de santé. C'est pourquoi il est important, lors d'un soin, de discuter du geste, d'informer la personne le plus possible, de souligner les aspects positifs après le soin pour recadrer la mémoire, pour ainsi réduire la peur et la douleur anticipée lors de gestes douloureux futurs.

Je vais maintenant vous présenter mon exploration pratique afin de confronter les points de vue des différents auteurs à l'expérience de différents soignants.

Exploration de pratique

3.1 Méthodologie suivie

Pour mener mon exploration de terrain, j'ai choisi de réaliser des entretiens auprès d'infirmiers et d'infirmières en m'appuyant sur un guide d'entretien que j'avais préalablement élaboré.

➤ **Choix de la population**

D'après ma question de départ, il m'a semblé pertinent de me concentrer exclusivement sur l'expérience, la connaissance et l'opinion des infirmiers et infirmières, qui travaillent dans le milieu hospitalier. En effet, ce sont eux, d'après leur réalité du quotidien, qui côtoient le plus souvent la douleur induite par les soins. Ils sont les mieux placés pour analyser leurs propres pratiques professionnelles, exposer leurs expériences et expliquer d'éventuelles améliorations en terme de prise en charge de la douleur et leurs faisabilités.

➤ **Choix des structures**

J'ai souhaité m'entretenir avec des infirmiers, ou infirmières, exerçant en milieu hospitalier, car cela me paraissait le meilleur lieu pour explorer la douleur induite par les soins. De plus, j'ai fait en sorte d'interroger des infirmiers ou infirmières, ayant une formation spécifique sur la douleur ou non, afin d'avoir différents niveaux d'expériences dans l'exercice de la profession. Ainsi, concernant un même problème, j'ai pu comparer les différents points de vue. Pour des raisons de temps et de disponibilité des professionnels, je n'ai pu m'entretenir qu'avec quatre soignants : Une infirmière de chirurgie digestive, une infirmière de chirurgie orthopédique, et deux infirmières d'une unité anti douleur.

➤ **Choix de l'outil**

Pour réaliser mes entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien¹ composé de six questions ouvertes dont la première visait à cibler la population. Les cinq suivantes abordaient successivement la douleur induite par les soins, la prise en charge de cette douleur, leurs réactions face à cette douleur, les améliorations envisageables et les répercussions à long terme.

L'outil utilisé favorise l'échange, par le biais de questions ouvertes qui favorisent la réflexion et l'argumentation. De plus, un entretien permet d'avoir la personne en face de soi et donc de rebondir sur d'éventuelles réponses, pour approfondir un point important. Néanmoins réaliser un entretien de cette façon n'est pas une tâche facile, car nous avons peu

¹ Annexe V : Guide d'entretien

d'expériences dans ce domaine et il est difficile de guider les personnes vers des réponses appropriées. Pour m'aider à avoir une analyse fidèle des entretiens, je me suis aidé d'enregistrement audio, réalisés pendant l'entretien, ce qui m'a permis de retranscrire tous les dires des infirmières par écrit, puis de réaliser un tableau avec les idées essentielles de chaque infirmière, afin d'avoir une analyse la plus correcte possible. Enfin, même si ces entretiens nous apportent des réponses et nous guident sur la vision des professionnels de santé de notre question de départ, il ne faut pas oublier que le nombre d'entretiens qu'il nous est possible de réaliser ne peut pas être représentatif de l'ensemble des professionnels.

3.2 Analyse des résultats

Afin de faciliter la lecture de mon analyse, je vais brièvement présenter les quatre soignants interrogés, en les nommant IDE 1, 2, 3 et 4 dans un souci d'anonymat. L'IDE 1 est une infirmière diplômée depuis deux ans et demi et travaillant depuis deux ans et demi en service de chirurgie digestive. L'IDE 2 est une infirmière diplômée depuis cinq mois et travaillant en service de chirurgie orthopédique depuis son diplôme. L'IDE 3 est diplômée depuis juin 1982 et puéricultrice depuis octobre 1992, a un diplôme universitaire douleur depuis 2001 et travail dans une unité anti-douleur depuis fin 2001. L'IDE 4 est diplômée depuis 1983, a un diplôme universitaire douleur, une formation spécifique d'hypnose et travaille dans une unité anti-douleur depuis dix ans.

Je vais maintenant présenter l'analyse de ces entretiens, en regroupant les informations recueillies par thème. Je commencerais par les différents points de vue des infirmières sur ce que représentent pour elle la douleur induite par les soins, la prise en charge de la douleur et leur efficacité, leurs réactions face à la douleur, puis les améliorations qu'elles pensent possibles de mettre en place, enfin les conséquences à long terme de la douleur induite par les soins.

➤ La douleur induite par les soins

L'IDE 1 définit la douleur induite par les soins par « *une douleur physique ou morale, liée au soin lui-même, à l'appréhension du soin et à l'hospitalisation* » et elle ajoute qu'un soin indolore peut le devenir s'il y a de l'angoisse. L'IDE 2 définit la douleur induite comme « *une douleur au moment du soin* » et elle explique en disant que c'est le soignant qui va créer ou aggraver une douleur. L'IDE 3 nous parle de « *douleur provoquée* » et englobe dans ces douleurs « *tous les soins infirmiers, de nursing, de confort et les soins techniques* » et ajoute qu'il faut mettre dans la douleur induite « *les soins médicaux, de radiologie, de kinésithérapie et les suites*

chirurgicales en post opératoire ». L'IDE 4 définit la douleur induite par « *une douleur de courte durée causée par les soignants, les médecins, les thérapeutiques et les soins* ». Elle nous précise que c'est une douleur que l'on peut prévenir et donc par des actions et des mesures adaptées, l'éviter ou la limiter. Elle ajoute également que cela peut être « *une accumulation de petits gestes pas insupportables d'habitude mais qui deviennent insupportables par leurs multiplications et leurs fréquences* ».

On constate que la douleur induite par les soins est connue par les infirmières, qu'elles ont conscience que c'est nous qui provoquons cette douleur. Egalement que cette douleur n'est pas liée à un acte technique infirmier seulement mais que cela englobe absolument tous les actes faits auprès du patient. En revanche on peut constater qu'une seule infirmière nous dit que cette douleur doit être prévenue et évitée au maximum.

➤ Prise en charge de la douleur

L'IDE 1 nous dit « *j'explique toujours ce que je fais et ce qu'ils risquent de ressentir aux patients* », elle prévient aussi le patient quand le soin risque de faire mal et dit au patient de la prévenir pour qu'elle fasse une pause. Puis, elle fait respirer les patients en les faisant prendre « *une grande bouffée d'air* » au moment le plus douloureux. Elle essaye que le patient se concentre sur autre chose, en « *parlant d'autres choses* ». Enfin, elle nous dit qu'elle voit si sa prise en charge est efficace à la clinique du patient, « *sa façon d'être, s'il est crispé, tendu* ».

L'IDE 2 nous parle de sa prévention de la douleur en « *installant le patient confortablement* », « *donner un antalgique avant le soin* », d'informer la personne du déroulement du soin, qu'il ne faut pas masquer les choses car cela « *majorerait l'angoisse donc la douleur* » et « *qu'il faut parler pour que le patient ne se concentre pas sur sa douleur* ». Enfin elle évalue sa prise en charge de la douleur avec la clinique du patient, « *si le patient grimace, dit qu'il a mal, on se rend compte que la prise en charge n'est pas efficace* ».

L'IDE 3 nous parle des deux moyens de prise en charge de la douleur ; le premier qui est le moyen non médicamenteux, avec ce qu'elle appelle « *l'humanisation du soin* », comprend, l'information, la qualité relationnelle, la confiance, l'organisation et toutes les techniques de diversion « *hypnose, conversation* ». Elle ajoute que c'est « *une grande part de la prévention, car ça diminue le seuil d'anxiété et donc la perception de la douleur* ». Puis elle nous parle des moyens médicamenteux avec « *les anesthésiques locaux, le Kalinox®, et les antalgiques de palier 2 ou 3* ». Elle ajoute qu'il faut essayer d'associer ces différents moyens pour une meilleure efficacité. Enfin, elle évalue sa prise en charge, en « *évaluant la douleur avant, pendant, et après le soin* », avec la clinique du patient « *coopérant, calme, grimaces* », mais aussi avec les soins

qui vont suivre et nous dit « *que si cela c'est bien passé, il n'y aura pas d'anticipation anxieuse, donc pas de mémorisation de la douleur et qu'il faut donc utiliser des moyens efficaces dès le premier soin* ».

L'IDE 4 nous dit que « *le plus important est d'informer le patient avant le soin* », qu'il faut bien choisir son matériel, écouter le patient, savoir ce qu'il sait du soin pour pouvoir recadrer si besoin est. Qu'il faut donner un antalgique « *avant le soin et dans les temps* », qu'une organisation d'équipe est nécessaire pour que « *toute l'équipe soit au courant de la prise en charge de la douleur du patient* », qu'il faut essayer d'additionner plusieurs techniques « *prémédication, anxiolytique, anesthésiques locaux* ». Enfin, elle dit qu'il n'y a quand « *évaluant la douleur avant, pendant et après le soin, avec des outils adaptés et validés* » que l'on peut apprécier la douleur.

On constate que toutes les infirmières placent l'information du patient comme une priorité dans la prévention de la douleur. Qu'elles mettent toutes en évidence des moyens non médicamenteux, comme la diversion face à la douleur et des moyens médicamenteux qu'il faut donner avant le soin. Par contre pour ce qui est de l'évaluation, l'IDE 1 et 2 nous parlent de la clinique du patient alors que l'IDE 3 et 4 ajoutent qu'il faut évaluer la douleur avant, pendant et après le soin. Enfin une seule infirmière évalue sa prise en charge avec les soins ultérieurs, en essayant d'éviter une éventuelle mémorisation de la douleur dès le premier soin.

➤ Réaction face à la douleur

L'IDE 1 à la question « *Etes-vous parfois démunie face à la douleur ?* », à répondu « *oui, quand on sait que le soin va être douloureux mais que l'on est obligé de le faire car c'est pour le bien du patient* » et elle ajoute qu'elle « *n'a pas fait ce métier pour faire mal mais que cela fait partie des choses* ». L'IDE 2, quant à elle, se met à la place du patient et dit « *quand on sait un soin douloureux, on se met à la place du patient et moi je ne supporterais pas d'avoir mal* ». L'IDE 3 et 4 nous disent que parfois, malgré tous les moyens utilisés, un patient peut rester douloureux. Elles expliquent cela par le fait que l'on n'a pas toujours accès à la dimension psychique de la douleur, qui pourtant joue un rôle majeur et que souvent le manque d'information et l'anxiété créent des douleurs rebelles. L'IDE 3 ajoute que la prise en charge peut être difficile pour des patients avec des troubles neurologiques, « *car on n'arrive pas à faire la part des choses et que l'évaluation est difficile* ». Et l'IDE 4 ajoute « *qu'il faut parfois plusieurs jours avant d'équilibrer les choses et cette période là pouvait être difficile* ».

On peut constater que toutes les infirmières interrogées ont vécu des situations difficiles face à la douleur. Que la première est un peu fataliste vis-à-vis des douleurs qu'elle ne peut

soulager, la seconde évoque un contre transfert, alors que les deux dernières se sentent démunies quand tous les moyens possibles ont été utilisés ou que la composante affectivo-émotionnelle est difficile à explorer.

➤ Les améliorations envisageables

Concernant les améliorations que l'on pourrait mettre en place, l'IDE 1 dit qu'il « *faudrait que chacun soit conscient que des choses peuvent être faites* », qu'il faudrait pouvoir avoir des formations plus facilement, qu'il faudrait plus sensibiliser les médecins car ce sont eux qui prescrivent les antalgiques et qu'il faudrait prendre son temps car d'après elle « *on gagne plus de temps à avoir un patient compliant* ». Pour l'IDE 2, il faudrait que les médecins « *aient moins peur* » de prescrire des antalgiques, qu'il ne faut pas non plus que les médecins ne se réfèrent qu'à l'échelle d'EVA « *qui n'est pas forcément bien évaluée dans tous les services et qu'il faudrait mieux adapter l'échelle d'évaluation en fonction du patient* ». Et ajoute qu'il faudrait de meilleures formations sur la douleur. L'IDE 3 insiste sur le fait que la meilleure amélioration serait de tout simplement « *systematiser les moyens à notre disposition* », qu'il faut aussi « *prendre son temps d'utiliser ces moyens* », et enfin qu'il faudrait une meilleure formation des soignants pour selon elle « *diminuer la subjectivité face à la douleur* ». Pour l'IDE 4 les points d'amélioration seraient de plus travailler en équipe, pour que tous les soignants « *connaissent les moyens à notre disposition pour prévenir et traiter la douleur* », que ces mêmes soignants aient une meilleure formation sur la douleur et enfin qu'il faut travailler « *en bonne entente avec le médecin car c'est lui qui prescrit et donc il faut une évaluation correcte pour pouvoir avoir un traitement adapté* ».

On peut voir que toutes les infirmières sont d'accord sur le fait que pour améliorer la prise en charge de la douleur il faut une meilleure formation des soignants sur la douleur, y compris pour les médecins. Elles sont d'accord aussi sur le fait que dans la majorité des cas nous avons tous les moyens à notre disposition, mais qu'il faut prendre le temps de les utiliser. Et l'IDE 2 et 4 sont d'accord sur le fait qu'une meilleure évaluation permettrait de mieux adapter les traitements prescrits par les médecins.

➤ Conséquences à long terme de la douleur induite par les soins

Pour l'IDE 1, la douleur induite peut engendrer à long terme « *une peur des soins, des situations médicales et des hôpitaux, ce qui peut engendrer une opposition aux soins* » et selon elle « *un soin qui s'est mal passé donne de mauvais souvenirs qui restent présents et par la suite il y a des douleurs souvenirs* ». L'IDE2 nous dit que cette douleur a des répercussions sur les soins

futurs avec « *de la peur, de l'anxiété et de l'appréhension* » et nous dit également que cela peut engendrer un refus de soin « *car le patient ne veut plus souffrir* ». L'IDE 3 nous parle clairement de mémorisation de la douleur, qui existerait « *même de façon inconsciente, qui laisse des traces neurologiques et donc créent une anticipation anxieuse, des phobies, un évitement des soins et du monde médical* ». Elle ajoute que la douleur induite « *abaisse le seuil de douleur* ». Enfin, l'IDE 4 parle également de mémorisation de la douleur avec un abaissement du seuil de douleur lors des soins identiques futurs et aussi de « *phobies, peurs, refus de soins* ». Elle ajoute que des fois « *une seule maladresse détruit la prise en charge antalgique ultérieure* ».

On peut constater que toutes les infirmières ont conscience que la douleur induite par les soins a des conséquences sur les futurs soins. Elles nous les décrivent en terme de peur du soin, de phobies, d'appréhension, pouvant aller jusqu'à l'évitement du monde médical. Trois infirmières nous parlent clairement de mémoire de la douleur. Les l'IDE 3 et 4 nous donnent un abaissement du seuil de la douleur comme conséquence de cette mémorisation.

3.3 Synthèse de l'exploration de pratique

Au terme de l'analyse de ces entretiens, plusieurs éléments sont intéressants à relever et engage la réflexion.

D'abord, la douleur induite par les soins semble bien connue, mais sans doute qu'elle n'est pas assez prévenue, car effectivement ce type de douleur ne devrait plus exister. Ensuite l'information est l'une des premières actions mises en place par les infirmières pour diminuer l'anticipation anxieuse et ainsi la perception douloureuse. Elles connaissent et appliquent des moyens médicamenteux et surtout non médicamenteux dans la prévention de la douleur. Elles trouvent la composante affectivo-émotionnelle difficile à explorer et à soulager, alors que sans doute, elle joue un rôle majeur dans l'expérience douloureuse. De plus, en terme d'amélioration, la formation des soignants semble une priorité pour faire évoluer la prise en charge de la douleur. En revanche, seules les infirmières avec une formation sur la douleur mettent en avant qu'il faudrait réaliser une meilleure évaluation de la douleur avec des outils adaptés. Enfin, toutes les infirmières ont conscience des conséquences de la douleur induite par les soins et sont d'accord sur le fait qu'il faut les éviter pour améliorer le vécu du soin actuel et aussi le vécu du soin futur.

Problématique

Ma question de départ était : Quelle sont les conséquences du souvenir d'une douleur induite par les soins infirmiers sur une prise en charge ultérieure de gestes douloureux chez l'adulte en milieu hospitalier ?

L'exploration théorique montre que la douleur est une expérience complexe et subjective. D'ailleurs, la lutte contre la douleur induite par les soins est devenue une priorité pour tous les soignants. Il est dorénavant nécessaire de tendre vers une suppression ou du moins une limitation de ces douleurs. L'exploration pratique nous montre que la douleur induite par les soins est bien connue par les infirmières interrogées. De plus, dans cette douleur, la composante affectivo-émotionnelle joue un rôle majeur, mais cette composante est difficile à explorer.

Ensuite, les auteurs cités dans l'exploration théorique sont d'accord sur le fait que, traiter insuffisamment la douleur lors d'un premier soin, expose à aggraver la perception des suivants dus à une mémoire de la douleur. Ce phénomène engendre des conséquences qui vont de la majoration de la douleur à l'évitement des soins. On découvre dans les entretiens que les infirmières sont conscientes de ce phénomène de mémorisation de la douleur et sont également conscientes des conséquences que cela engendre et qu'il faut par conséquent limiter au maximum la douleur induite par les soins.

Enfin, dans mes sources de lecture, les auteurs relatent l'importance de discuter et d'informer sur le déroulement du soin qui va être réalisé afin d'établir une relation de confiance et ainsi diminuer l'anxiété, ce qui limitera la douleur anticipée et la mémorisation d'une éventuelle douleur. On peut voir dans les entretiens, que les infirmières interrogées mettent l'information du patient sur le déroulement du soin comme une des principales actions pour diminuer la perception de la douleur et le vécu négatif du soin.

Ainsi au vue de ces constatations, mon approche du problème s'est modifié. En effet, étant donné que la mémorisation de la douleur ainsi que de ses conséquences sont bien connues de tous, il serait plus judicieux de se concentrer sur les moyens mis à notre disposition pour les limiter. Alors, comme l'information du patient semble être un moyen efficace et plébiscité par les soignants, on peut se poser la question suivante qui sera ma problématique :

Dans quelle mesure, une bonne information du patient concernant le soin, peut limiter les conséquences d'une mémorisation de la douleur induite par les soins ?

Conclusion

Tout au long de ma formation, j'ai toujours accordé beaucoup d'importance à la prise en charge de la douleur et particulièrement à la douleur que je pouvais provoquer en tant que soignant. Si bien que les situations, qui m'interpellaient le plus souvent en stage, concernaient des patients dont la douleur n'était pas suffisamment prise en charge.

Il est difficile, dans un premier temps, de se détacher de sa propre opinion pour saisir le point de vue des auteurs, mais une fois cette étape franchie, la recherche dévoile tout son intérêt.

En effet, j'ai pu me rendre compte que la prise en charge de la douleur nécessite un investissement important des soignants pour prévenir, évaluer et soulager la douleur. De plus, j'ai appris à quel point la douleur était une expérience complexe et que la mémorisation douloureuse d'un soin jouait un rôle majeur dans la prise en charge future d'un patient.

Au terme de mon travail de fin d'étude, mes ressentis se sont confirmés quant à l'importance de la prévention de la douleur induite par les soins. Néanmoins, je suis maintenant conscient que cette prévention peut nécessiter une formation particulière des soignants et qu'ils sont en demande d'avoir ces formations. Mais, que cette prévention par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux demande une organisation et de l'investissement pour prendre le temps de réaliser cette prévention.

Par ailleurs, je peux dire que ce travail de recherche m'a beaucoup apporté tant sur le plan personnel que professionnel. La principale difficulté rencontrée lors de ce travail a été de synthétiser et de trier les innombrables informations recueillies sur le sujet de la douleur. Enfin en tant que futur infirmier, j'essaierais de placer l'information du patient avant un soin douloureux comme un de mes objectifs majeurs pour limiter l'anticipation douloureuse.

Bibliographie

Ouvrage

1 - SERGE MARCHAND (neurophysiologiste et professeur à l'université du Québec), *Le phénomène de la douleur (comprendre pour soigner)* édition Masson 1998.

Articles

2 - ELISE BOUJASSY « La douleur peut-elle se revivre sans stimulus nociceptif ? », *Douleurs Evaluation diagnostic Traitement* n° 9 2008, p94-95.

3 - EMMANUELLE GUILLEMIN (cadre infirmier), « Les soignants et la douleur induite par les soins » *Revue de l'infirmière* n°130 mai 2007, p23.

4 - EVELYNE MALAQUIN-PAVAN (cadre infirmier), « la douleur liée aux soins, définitions et aide au dépistage », *Revue infirmière Soins* n° 749 octobre 2010, p36-37.

5 - Dr DAVID TAMMAM (neurologue à Marseille), « Approche phénoménologique de la douleur », *Douleurs* 2007 p303-307, 351-357.

6 - Pr JOHAN VLAEYEN « La peur de la douleur », *La Lettre de l'institut UPSA de la douleur* n°31 novembre 2009.

7 - Pr CARL VON BAEYERE « Mémoire et douleur chez l'enfant » 2004.

8 - STEPHANIE GREGOIRE, EMILIE MULLER, FABIEN MARCHAND « Structures et mécanismes cérébraux impliqués dans les aspects émotionnels et cognitifs de la douleur » Université Clermont Ferrand 2010

9 - Communiqué de presse sur douleur provoquée par les soins du CNRD, octobre 2006.

Textes officiels

10 - Décret 2004-802 du 29/07/04 du code de la santé publique, Livre 3 titre 1 chapitre1 section 1 relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière paru au J.O du 09/08/04.

11 - Circulaire N° DHOS/E1/DGS/SD1B/5D1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

12 - Plan d'amélioration prise en charge douleur 2006-2010, page 28.

Colloque

13 - Dr FRANCIS ANDRIAMAMPIONONA, « Douleur des gestes invasifs », présentation lors de la journée du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine Mardi 17 Octobre 2006.

14 - Dr F.GAILLAT, « Dépistage, prévention et traitement de la douleur liée aux soins en SAU », Copacamu 27 mars 2009 Marseille.

Ressources en lignes

15 - <http://physiotherapytest.com/wp-content/uploads/2011/03/Questionnaire-douleur-de-Saint-Antoine.pdf>

16 - <http://www.pedagopsy.eu/coping.htm>

Documents non publiés

17 - NATHALIE ROUX unité mobile douleur CHU Caen, Cours douleur.

18 - Mécanisme physiopathologique de la douleur, Cours du Dr DELASSUS, 1^{er} année.

Annexes

Annexe I : Décret 2004-802 du 29/07/04 du code de la santé publique

Annexe II : Charte de la personne hospitalisée

Annexe III : Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

Annexe IV : Questionnaire Saint Antoine

Annexe V : Guide d'entretien

Décret 2004-802 du 29/07/04 du code de la santé publique, Livre 3 titre 1
chapitre 1 section 1 relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière paru au
J.O du 09/08/04.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

5° 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 accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

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.

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Mesure 19 : Améliorer la prévention des douleurs induites par les actes de soins

- Elaboration et diffusion de recommandations de bonnes pratiques sur l'utilisation des sédations en odontologie ambulatoire et sur la prise en charge des douleurs induites par les actes médicaux.

Opérateur : HAS

Calendrier : saisine de la HAS

Coût : absence de surcoût

- Elaboration et diffusion d'outils sur la prévention de la douleur lors d'actes de soins douloureux. Ces outils pratiques seront élaborés au regard des recommandations élaborées par la HAS sur ce thème (*point ci-dessus*).

Opérateurs : Sociétés savantes concernées, Collèges de la douleur, INCa, CISS en lien avec le Centre national de ressources de la douleur. Diffusion au travers de formations réalisées en lien avec des associations notamment « Hôpital 2000 : vaincre la douleur ».

Calendrier : à parution des recommandations de la HAS sur ce thème

Coût : absence de surcoût

- Identification des pratiques d'analgésie lors d'endoscopies. Cette étude permettra de mieux connaître les pratiques, d'évaluer les éventuels freins à la prévention et la prise en charge de la douleur. Cette étude permettra de proposer des mesures organisationnelles, notamment sur la base des recommandations en cours d'élaboration par la HAS sur la sédation-analgésie réalisée par des nonanesthésistes.

Opérateur : DHOS

Calendrier : 2007

Coût : 40 000 €

- Elaboration et diffusion d'un document pédagogique sur les protocoles infirmiers de prise en charge de la douleur à l'usage des professionnels de santé du secteur hospitalier et libéral (regard juridique, méthodologie d'élaboration, mise en oeuvre...).

Opérateurs : pour l'élaboration DHOS en lien avec les Sociétés savantes, Collèges de la douleur, Syndicats de pharmaciens, AFDS et les professionnels. Pour la diffusion, inscription dans la circulaire DHOS relative aux actions de formation prioritaire.

Calendrier : 2007

Coût : 40 000 euros

Mesure 20 : Développer la recherche sur les méthodes non pharmacologiques

- Une étude prospective identifiera la place et le rôle des techniques de relaxation, et de neurostimulation transcutanée notamment chez la personne âgée dans la stratégie globale de prise en charge de la douleur chronique.

Opérateurs : DGS, INSERM, CHU de Saint-Etienne et Sociétés savantes

Calendrier : 2006-2007

Coût : 300 000 euros

- Des recommandations de bonnes pratiques seront élaborées à partir de ces études.

Opérateur : HAS

Calendrier : saisine de la HAS

Coût : absence de surcoût

Dupont Emilien

Etudiant infirmier 3^{ème} année

IFSI de Caen

Guide d'entretien

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je dois réaliser des entretiens exploratoires auprès d'infirmiers diplômés d'état afin de confronter mes recherches théoriques à la réalité du terrain.

- Depuis quand êtes-vous diplômé ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? Avez-vous une formation spécifique sur la douleur ?

- Si vous avez une définition à donner à la douleur induite par les soins, quelle serait-elle ?

- Lors d'un soin douloureux, que faites-vous pour prévenir et lutter la douleur de la personne soignée ? Votre prise en charge semble-t-elle efficace ? A quoi le voyez-vous ?

- Vous sentez vous parfois démunie face à la douleur ? Et pourquoi ?

- Que verriez-vous comme amélioration dans la prise en charge de la douleur induite par les soins ?

- Selon vous quelle conséquence à long terme peut avoir une douleur induite par les soins ?

Merci pour votre collaboration.