

IFSI Mantes-La-Jolie

Directeur de mémoire : Line HUTIN

# D'autres méthodes pour soulager la douleur.

*Mémoire de Fin d'études - UE 5.6. S6 -  
Analyse de la qualité et traitement des  
données scientifiques et professionnelles.*

*7 juin 2013*

Mathilde POUILLAUDE  
Promotion Avicenne

---

*« La douleur peut être atténuée par une relation d'attention et d'humanité, qui complète la dimension technique des soins et contribue à les rendre acceptables et utiles. »*

David LE BRETON

## **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.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier certaines personnes sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour :

- Mon directeur de mémoire pour m'avoir fait confiance, m'avoir conseillée et m'avoir rassurée tout au long de cette année.
- Les professionnels que j'ai pu rencontrer sur le terrain et ceux qui ont répondu à mon questionnaire pour le temps qu'ils m'ont accordé et la richesse des réponses qu'ils m'ont apportées.
- Mes collègues de promotion avec qui j'ai pu partager mes doutes, mes craintes et mes connaissances.
- Ma famille pour m'avoir soutenu durant toute la rédaction de ce travail et qui ont su apporter un avis critique bénéfique pour cet écrit.

A tous, je vous dis un grand merci pour cette longue année de travail qui aurait été bien plus difficile sans vous.

## SOMMAIRE

Introduction .....	1
Situation d'appel .....	2
Partie I : Phase exploratoire théorique .....	4
1. Les soins .....	4
1.1 Soins infirmiers.....	4
1.2 Soins invasifs.....	5
2. La communication dans les soins .....	6
2.1 Communication verbale et non verbale .....	6
2.2 L'impact du ressenti du soignant.....	8
2.3 La relation de confiance .....	9
3. La douleur .....	12
3.1 Physiologie de la douleur .....	12
3.2 La douleur liée aux soins.....	14
3.2.1 Douleur provoquée .....	15
3.2.2 Douleur induite.....	16
3.2.3 Douleur iatrogène .....	16
3.3 La douleur dans le temps.....	17
3.4 Cadre législatif.....	18
3.5 Evaluation de la douleur lors des soins .....	19
3.6 La gestion non médicamenteuse de la douleur.....	20
3.6.1 Physique et physiologique.....	21
3.6.2 Comportementales .....	22
3.6.3 Psychocorporelle .....	23

Partie II : Phase exploratoire empirique.....	26
1. Méthode exploratoire utilisée.....	26
2. Analyse.....	27
2.1 Le concept de soins.....	27
2.2 Le concept de communication.....	29
2.3 La douleur et sa prise en charge non médicamenteuse .....	30
3. Synthèse .....	34
Conclusion.....	35

## Bibliographie

## Annexes

Questionnaire : La douleur

Grille d'entretien n°1

Grille d'entretien n°2

Grille d'entretien n°3

## GLOSSAIRE

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

ESI : Etudiante en soins infirmiers

HAS : Haute Autorité de Santé

IAD: Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

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

OMS: Organisation Mondiale de la Santé:

TFE: Travail de Fin d'Etude

UE : Unité d'Enseignement

VAC : Vacuum Assisted Closure

## INTRODUCTION

Dans le cadre de l'unité d'enseignement 5.6 du semestre 6 de ma formation en soins infirmiers, nous avons choisi de réaliser notre Travail de Fin d'Etude (TFE) sur la prise en charge non médicamenteuses de la douleur lors des soins invasifs. Nous avons choisi de traiter le thème de la douleur car nous nous sommes sentis concernés au quotidien, lors de nos stages, par l'impact douloureux des actes infirmiers effectués. De plus, ce sujet est devenu de plus en plus prioritaire au sein, non seulement du gouvernement, mais aussi de l'hôpital. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini certains critères exigés lors de la certification des centres hospitaliers. L'un d'entre eux est la prise en charge de la douleur<sup>1</sup>. Les établissements doivent donc démontrer l'implication de leurs équipes de soins dans la prise en charge de la douleur.

Nous avons souhaité insister sur l'importance de la communication dans la prise en charge infirmière de la douleur, car de nombreuses techniques de prise en charge existent (médicamenteuse, acuponcture, hypnose...) mais la plupart des techniques non médicamenteuses ne sont pas utilisées lors des soins, au profit des moyens médicamenteux, bien que de nombreux professionnels en reconnaissent l'efficacité. Nous souhaitons que les IDE prennent conscience du rôle qu'ils ont dans la communication qu'ils mettent en place avec le patient pour le bon déroulement des soins.

Nous allons tout d'abord vous présenter la situation qui a fait mûrir notre questionnement par rapport à la prise en charge de la douleur, puis nous vous exposerons le fruit de nos recherches théoriques sur les soins, la communication et la douleur, enfin, nous vous présenterons les résultats de nos entretiens et de nos questionnaires réalisés dans différents services auprès d'IDE.

---

<sup>1</sup> Manuel de certification des établissements de santé, V2010 révisé en avril 2011, consulté le 11 décembre 2012 sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



## SITUATION D'APPEL

M. G, un homme de 65 ans, est sans domicile fixe. Il est retrouvé par le SMUR de Poissy le 25 août 2011, dans un jardin public, et présente des ischémies sévères au niveau des membres inférieurs. Il est adressé immédiatement à un chirurgien vasculaire du département et est admis en réanimation le jour même. Des soins sont prodigués jusqu'au 19 septembre 2011, où il est transféré en soins continus, puis en chirurgie viscérale et digestive le 23 septembre 2011. Il est pris en charge pour amputation trans-métatarsienne du membre inférieur gauche et excision des lésions nécrotiques du membre inférieur gauche. L'opération a eu lieu le 15 septembre 2011. En per opératoire, un système d'aspiration par pression négative, un Vacuum Assited Closure (VAC), a été mis en place sur la plaie, Cette plaie ouverte s'étend du genou à la malléole sur tout le côté extérieur de la jambe gauche. En plus de cette plaie, M. G présente différents escarres à l'occiput, au dos, au sacrum ainsi qu'aux talons droit et gauche.

La réfection du pansement VAC était à faire 3 fois par semaine, dans la chambre du patient, située dans le service de chirurgie viscérale et digestive.

Une heure avant le soin, l'infirmière a fait des injections d'eau stérile dans la mousse du VAC afin de faciliter le décollement de celle-ci. Elle a aussi fait une injection de 5mg de morphine en sous-cutané.

Au début du soin, le VAC est arrêté. Le patient est mis sous MEOPA<sup>2</sup>. L'infirmière décolle le pansement et la mousse qui recouvrent la plaie. Malgré l'injection d'eau et la morphine, le patient était très douloureux pendant le soin. Pendant toute la durée de la réfection du pansement, le rôle de l'étudiante en soins infirmiers (ESI) consistait à surélever la jambe de M. G afin de garder la plaie propre.

La plaie étant fibrineuse, l'infirmière a dû ôter la fibrine au scalpel. Le patient était très douloureux malgré le MEOPA. De plus, il ne voulait pas garder le masque pour le MEOPA car cela le gênait.

A la fin du soin, la plaie a été recouverte de mousse, d'un pansement occlusif bien hermétique, et le VAC a été remis en route. Là encore, le patient a été très douloureux.

---

<sup>2</sup> Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote visant à diminuer la sensation de douleur

Durant tout le soin, il demandait qu'on arrête la réfection du pansement, il disait qu'il avait mal. L'infirmière chargée de la réfection de ce pansement répondait rapidement aux demandes de M.G car la difficulté du soin lui demandait une grande concentration. En effet, ce soin doit rester entièrement stérile et l'étendue de la plaie ainsi que sa localisation le rendaient d'autant plus difficile. De plus, la plaie était très impressionnante, les muscles étaient à vif, on voyait le tibia, c'était très sanglant.

A l'issue de ce soin, l'ESI a été touchée par l'expression de la douleur du patient, qui a été très difficile à gérer pour elle. Elle se sentait inutile pour lui. Elle a senti qu'il souhaitait une présence pour lui. Il est vrai que l'attention de l'infirmière et de l'ESI pendant le soin était d'avantage tournée vers la jambe du patient que sur le patient lui-même.

Avec du recul, elle s'est dit que, puisque les traitements médicamenteux n'étaient pas assez efficaces, il fallait trouver une autre approche de prise en charge de la douleur. La réfection suivante du pansement s'est faite à trois. Elle a donc décidé de se mettre à la tête du lit, de tenir dans une main le masque de MEOPA et de l'autre d'apporter un contact rassurant à M.G. Pendant toute la durée du soin elle a discuté avec lui, et l'a fait se concentrer sur sa respiration pour améliorer l'effet de MEOPA. Bien sûr le soin a tout de même été douloureux, mais le patient l'a mieux vécu et à la fin du soin a dit qu'il avait eu moins mal.

Cette situation a engendré une série d'interrogation qui a abouti à la question suivante : « **Comment l'infirmière peut-elle utiliser les techniques de communication et les méthodes psychocorporelles de prise en charge de la douleur afin de rendre les soins invasifs moins douloureux ?** »

Nous allons donc explorer cette question en deux parties. Tout d'abord, nous allons présenter le fruit de nos recherches théoriques, puis celui de nos entretiens. Dans chaque partie, nous développerons les concepts de soins, de communication et de douleur.

# Partie I : Phase exploratoire théorique

## 1. LES SOINS

Les soins peuvent être définis comme les « *actions, moyens hygiéniques ou thérapeutiques visant à l'entretien du corps et de la santé, ou au rétablissement de celle-ci* »<sup>3</sup>. Prendre soin de quelqu'un correspondrait à « *être attentif, à veiller au bien être de quelqu'un* ». Prendre soin de l'autre est une pratique ancestrale, transmise bien souvent par la femme qui s'occupe depuis tout temps de ses enfants, de ses aïeux et de son époux.

### 1.1 SOINS INFIRMIERS

Un infirmier est une « *personne habilitée à donner aux malades les soins nécessités par leur état et à participer à diverses actions liées à la préservation de la santé* »<sup>4</sup>.

Les soins infirmiers sont définis comme l'« *ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité* »<sup>5</sup>

Les sciences infirmières portent en étendard certaines valeurs, comme le respect de la dignité, le maintien ou le retour à l'autonomie, la bienveillance, l'humanité. Autant de concepts qui déterminent dans l'inconscient de la profession quels sont les bons et les mauvais infirmiers. Certains actes infirmiers, au-delà du soin dit « technique » participent à la mise en pratique de ces valeurs. Nous pensons que la prise en charge de la douleur en est un. Et bien plus encore quand elle est non médicamenteuse, car l'infirmier ne se cache plus derrière un traitement. Est-ce vraiment soigner que de dire à un patient douloureux « *je vous ai déjà donné votre Doliprane, il faut attendre 6h* » ? D'autres moyens peuvent être pensés. Masser un muscle douloureux ou apporter un pain de glace à un patient en post-opératoire d'une chirurgie orthopédique montre l'implication du soignant dans les soins qu'il apporte à son patient. Il lui montre qu'il est attentif à ses besoins et qu'il met tout en œuvre pour y répondre. Et agir de cette manière permet l'élaboration d'une confiance entre le soignant et le

---

<sup>3</sup> Dictionnaire Hachette édition 2005.

<sup>4</sup> Id.

<sup>5</sup> Exploitation de l'enquête effectuée auprès de la population générale sur ce qu'est la santé. Cours à l'IFSI de Mantes-la-Jolie le 27/09/2010 par Line Hutin et Pascale Patalier

soigné, qui diminue l'anxiété de celui-ci et donc sa douleur. Un patient qui sait qu'il va être soulagé quand il aura mal, abordera plus sereinement l'arrivée de la douleur et son ressenti douloureux sera moindre.

Dans notre situation d'appel, l'attitude de l'ESI lors de la deuxième réfection du pansement VAC a montré à M. G qu'elle se souciait de son bien-être, que sa souffrance était entendue et que les soignants faisaient leur maximum pour diminuer sa douleur. Cette attitude a été comprise par le patient puisqu'il s'est davantage détendu lors du deuxième soin et a ressenti moins de douleur.

Parmi les soins infirmiers, certains sont dit « invasifs ». Nous allons donc étudier la particularité des soins invasifs.

## **1.2 SOINS INVASIFS**

Un examen ou un traitement nécessitant une lésion de l'organisme<sup>6</sup> est qualifié d'invasif. Un soin invasif est donc un acte où la barrière cutanéomuqueuse est franchie. Dans notre situation d'appel, le pansement est un soin invasif puisque la barrière cutanée a été enlevée suite à l'exérèse de la nécrose. Les tissus musculaires et osseux sont à vifs, de nombreux nerfs ont été endommagés par cette chirurgie, ce qui rend le soin particulièrement douloureux.

Mais certains soins peuvent être invasifs au niveau psychique. Par exemple, une toilette intime peut être plus angoissante et douloureuse qu'une prise de sang. Le soignant fait intrusion dans la plus profonde intimité du patient.

La douleur n'est donc pas présente seulement lors de soins invasifs. De nombreux soins infirmiers sont douloureux, physiquement ou psychologiquement. Même si dans notre situation d'appel, la souffrance du patient était due à un soin invasif, nous pensons que les techniques non médicamenteuses peuvent être utilisées dans tout soin douloureux. Ces techniques nécessitent une bonne communication entre le soignant et le soigné, ce que nous allons aborder maintenant.

---

<sup>6</sup> Dictionnaire Hachette édition 2005

## **2. LA COMMUNICATION DANS LES SOINS**

Il est une question que nous nous posons régulièrement lors de nos stages : comment accompagner, durant une hospitalisation, un patient ayant une souffrance morale exacerbée par la douleur ?

Il est évident que dans cette situation, comme dans notre situation d'appel, la communication mise en place avec le patient est primordiale, tout d'abord parce qu'il existe une souffrance morale. En effet, la majorité des patients pris en soins dans les services généraux sont fragilisés par une pathologie, chronique ou aiguë, qui engendre chez eux de l'inquiétude et donc une souffrance.

Le rôle du soignant est donc d'accompagner le patient. Pour cela, il dispose de nombreux outils. Nous allons développer certains points de la communication soignant/soigné : la communication verbale et non verbale, l'impact du ressenti du soignant et la relation de confiance.

### **2.1 COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE**

Pour communiquer avec autrui, l'homme utilise deux langages : le langage analogique et le langage digital.

Le langage analogique correspond à la communication non verbale. C'est celle de nos mimiques et expressions corporelles, elle est à la base de nos relations. Elle est intuitive et signifiante mais peut être ambiguë. Le langage analogique est d'avantage universel, même si certains gestes ne signifient pas la même chose selon les cultures. Un sourire, des larmes, un pas vers l'arrière, seront compris par toutes personnes, même ne parlant pas la même langue digitale.

Le langage digital correspond à la communication verbale. Elle est de nature symbolique. Ce sont les mots que l'on emploie pour désigner les choses qui relèvent de la convention sémantique d'une langue donnée. Il existe de nombreuses langues et dialectes à travers le monde, ce qui peut parfois rendre la communication difficile.

Il est fréquent qu'un infirmier soit confronté à un patient ne parlant pas la même langue, et avec qui il faut tout de même communiquer. Dans ce cas, les gestes et les mimiques sont d'avantage compréhensibles.

Souvent, notre gestuelle est plus authentique que nos paroles. Il est plus facile de mentir avec des mots qu'avec notre corps. Par exemple, un soignant qui dit à un patient « Je vous écoute, dites-moi ce qui vous arrive », tout en regardant par la fenêtre, n'exprime pas la même chose selon les deux langages utilisés. Nous pensons que dans ce cas, le patient ne se sent pas réellement écouté et ne se livrera pas de la même façon que si son interlocuteur est assis en face de lui, et le regarde.

*« Des mots ou des gestes peuvent agir comme des antalgiques et mobiliser la confiance, alors que d'autres, à l'inverse, induisent la peur et avivent donc la souffrance »<sup>7</sup>.* En effet, dans notre situation d'appel, le fait qu'à la deuxième réfection de pansement, un soignant soit auprès du patient, lui prenant la main, l'écoutant, l'aidant à se concentrer sur sa respiration, a fait que le patient a moins souffert et a mieux vécu le soin. Pourtant, les traitements médicamenteux étaient les mêmes. Nous pensons que le patient s'est senti plus en confiance. Peut-être a-t-il pu se détendre d'avantage en se disant « je suis écouté ». Quand un patient est douloureux, la communication devient difficile. Il est alors important que le soignant choisisse le mode de communication le plus adapté possible, en choisissant les mots les plus justes et les plus positifs.

Le toucher pendant un soin est une forme de communication qui n'est pas applicable à chaque individu. En effet, certaines personnes n'aiment pas être touchées. Et certains soignants ont plus de difficultés que d'autre pour entrer en contact physique avec les patients. Il ne faut donc pas forcer les choses. Un soignant touchant un patient sans spontanéité, ne va pas paraître authentique et son geste pourra être déplacé et mal perçu. Dans la situation d'appel, le soignant a pris la main du patient, et celui-ci s'en est emparé en la serrant très fort. Le soignant a pu comprendre que ce geste était bénéfique pour le patient et qu'il l'appréciait. S'il avait eu un mouvement de recul, ou s'il avait laissé sa main inerte dans celle du soignant, celui-ci aurait pu se demander si ce geste était adapté à la personnalité du patient.

---

<sup>7</sup> LE BRETON, David ; Douleur et relation de soin. Dossier : La douleur induite par les soins. *Soins*, Octobre 2010. N°749, pages 35

## **2.2 L'IMPACT DU RESSENTI DU SOIGNANT**

Nous avons pu remarquer dans nos expériences professionnelles que « *les représentations des acteurs [de soins] entraînent une hétérogénéité de pratiques et de conviction, tant sur la douleur elle-même que sur la vulnérabilité de la personne soignée* »<sup>8</sup>. En effet, nous avons souvent remarqué que certains soignants minimisaient la douleur tandis que d'autres y prêtaient beaucoup plus d'attention. Souvent, nous avons pu rencontrer lors de nos stages, des soignants qui disaient « *oh bah, moi des prises de sang j'en ai subi des tas, ça fait pas mal* », ou « *il n'a pas mal je l'ai vu dormir tout à l'heure, quand on dort c'est qu'on a pas mal* ». Parfois ils comparent leurs expériences avec d'autres patients ayant la même pathologie et le ressenti douloureux du patient qu'ils ont en face d'eux et se disent « *dans cette situation la plupart des patients ne sont pas très douloureux, donc ce patient ne doit pas avoir si mal que ça* ». Le soignant reçoit de la part du soigné des informations transmises verbalement et non verbalement. Il traite naturellement ces informations et les interprète afin de se faire une idée de la globalité de la personne. Ce mécanisme naturel est dangereux pour le soignant car il entraîne des jugements de valeurs et des stéréotypies, néfastes pour la prise en soin. Le soignant doit « *tendre vers le discernement, c'est-à-dire porter des jugements justes et nuancés sur des situations et des personnes* »<sup>9</sup>.

Dans notre situation d'appel, la souffrance du patient n'a pas eu le même impact sur tous les soignants présents. Chaque soignant a un ressenti différent et cela est immuable. La profession a donc dû trouver des outils afin de rendre plus objective l'évaluation de la douleur.

En partant du fait que « *c'est grâce à la description que le patient fait de sa douleur (nature, intensité, localisation, ressenti) que cette expérience devient compréhensible pour ceux qui en sont témoins* »<sup>10</sup>, les soignants ont développé des méthodes d'auto et d'hétéro évaluation.

---

<sup>8</sup> MALAQUIN-PAVAN, Evelyne ; THIBAUT-WANQUET, Pascale ; et al. Dossier : La douleur induite par les soins. *Soins*, Octobre 2010. N°749, pages 33

<sup>9</sup> COUTURAT HURABIELLE, Florence, LANGENFELD, Solange. *Soins relationnels, Soins palliatifs. Unité d'Enseignement 4.2 et 4.7*. France : Elsevier Masson. 2011. (Les Essentiels en IFSI) page 13

<sup>10</sup> MALAQUIN-PAVAN, Evelyne. La douleur liée aux soins définition et aide au dépistage. Dossier : La douleur induite par les soins. *Soins*, Octobre 2010. N°749, page 36

Le soignant se doit donc d'observer son patient, d'utiliser des échelles d'auto-évaluation, de faire préciser au patient sa douleur, les moments où elle survient, les postures antalgiques qu'il adopte, afin d'effectuer une évaluation au plus proche du ressenti du patient, sans que sa subjectivité entre en compte.

Tous les soignants ont appris que la douleur est une expérience personnelle, propre à chacun, que dans la même situation chacun réagit de manière personnelle, dépendant de son histoire de vie, de ses antécédents douloureux ou de son éducation par exemple. Nous pouvons donc nous interroger sur la raison pour laquelle les soignants ont tendance à interpréter les dires du patient. Peut-être persiste-t-il une peur de la médication qui incite les soignants à sous-estimer la douleur. Peut-être existe-t-il des différences générationnelles ? Les infirmiers exerçant depuis de nombreuses années auraient peut-être tendance à banaliser d'avantage la douleur que les jeunes diplômés. Peut-être que les enseignements concernant la douleur ont changé et de ce fait, la vision des soignants aussi.

Une évaluation juste de la douleur en tenant compte du ressenti du patient permet d'élaborer entre le soignant et le soigné une relation de confiance que nous allons aborder maintenant.

### **2.3 LA RELATION DE CONFIANCE**

La confiance est « *l'espérance ferme en une personne* »<sup>11</sup>. De notre point de vue, avoir confiance en quelqu'un c'est être convaincu que cette personne agira toujours pour notre bien, en notre faveur.

Selon Walter HESBEEN<sup>12</sup>, la relation de confiance entre le soignant et le soigné est basée sur huit éléments. Tout d'abord, le soignant doit être chaleureux, se montrer accueillant pour la personne soignée, en utilisant un langage et une gestuelle adaptée (ne pas croiser les bras, sourire). Il doit être à l'écoute de son patient, de ses préoccupations et de ses souffrances, et être disponible pour lui. Le soignant, quand il propose de parler avec son patient, quand il lui dit « je vous écoute », ne doit pas être interrompu sans cesse par les collègues ou le téléphone, ne doit pas penser aux soins qui suivent, aux temps qu'il perd dans cette chambre etc. Il doit se montrer simple et utiliser un vocabulaire adapté et une gestuelle

---

<sup>11</sup> Dictionnaire Hachette 2005

<sup>12</sup> COUTURAT HURABIELLE, Florence, LANGENFELD, Solange. Soins relationnels, Soins palliatifs. Unité d'Enseignement 4.2 et 4.7. France : Elsevier Masson. 2011. (Les Essentiels en IFSI) page 78



non ambiguë. Il doit également faire preuve d'humilité en prenant conscience qu'il ne sait pas tout, que le vécu de la personne qu'il a en face de lui lui est propre et n'est pas comparable. Il doit être authentique et ne doit pas jouer un rôle mais être honnête. Puis il peut utiliser l'humour à bon escient afin d'aider le patient à relativiser certaines choses. Et enfin, il doit faire preuve de compassion, savoir recevoir les maux du soigné, ses angoisses, ses souffrances, il doit les comprendre sans pour autant les partager et se sentir submergé par celles-ci.

La relation entre un soignant et un patient n'est pas égalitaire. Le soignant est « celui qui sait » et le patient est souvent dans une position de « celui qui subit ». Certains patients ont une confiance aveugle en la médecine et les équipes médicales, si bien qu'ils acceptent tous les soins. « *La confiance entre le patient et l'infirmière est fondée d'une part sur la confiance en sa compétence, et d'autre part sur la confiance en sa bonne volonté, fondée sur la conviction du patient qu'elle respectera ses engagements, sans opportunisme* »<sup>13</sup>. Nous avons constaté que ces mœurs changent et que les patients veulent de plus en plus avoir leur mot à dire dans les soins qui leur sont conférés. Pour instaurer un climat de confiance soignant/soigné, il faut donc rééquilibrer la balance. La confiance doit être partagée et de ce fait, le soignant s'investit dans la relation. Il « *projette aussi sur l'autre, de façon plus ou moins consciente, des images de son histoire, de ses propres difficultés* »<sup>14</sup>. Cet investissement doit avoir des limites sous peine de détruire le soignant si le patient prend des décisions délétères pour sa santé ou si son état se dégrade. Intervient alors la notion de distance professionnelle. Le soignant doit trouver la distance juste pour être aidant pour le patient, sans mettre en danger sa santé et son professionnalisme. Il existe deux principales distances problématiques lors des soins<sup>15</sup> : l'implication fusionnelle du soignant qui revit par le biais de la situation vécue par le patient des moments de sa vie personnelle et la mise à distance défensive, où le soignant après avoir vécu trop de situations douloureuses pour lui pendant son exercice, met en place une relation froide avec le patient pour se protéger. Afin d'établir un positionnement le plus juste possible, le soignant doit veiller à garder la relation qu'il a avec ses patients dans le cadre de son travail, du service et des horaires d'exercice, il

---

<sup>13</sup> EYMARD, Chantal ; REVILLOT, Jean-Marie. A l'écoute de la confiance dans la pratique quotidienne des soins. Perspective soignante, Avril 2012. N°37, pages 105.

<sup>14</sup> Id.

<sup>15</sup> COUTURAT HURABIELLE, Florence, LANGENFELD, Solange. Soins relationnels, Soins palliatifs. Unité d'Enseignement 4.2 et 4.7. France : Elsevier Masson. 2011. pages 124-127 (Les Essentiels en IFSI)

doit prendre conscience des émotions qu'il ressent face à la situation du patient, en « écoutant » ce qui se passe en lui lors des moments de communication avec le soigné. Cependant, nous pouvons nous demander comment trouver cette distance ? Est-ce l'expérience qui nous permet de l'acquérir ? Est-elle universelle ou propre à chacun et à chaque situation ?

La relation de confiance doit être instaurée dès l'entrée de chaque patient et avec chaque soignant. Selon le modèle de JAKOBSON<sup>16</sup>, les facteurs de la communication sont le message, le destinataire, le destinataire, le contexte, un code commun entre les deux protagonistes et un contact physique ou psychologique. Pour instaurer une relation de confiance, l'infirmier doit s'adapter à la situation du patient, à son âge, à son état émotionnel, à ses expériences douloureuses, faire preuve de bienveillance et d'empathie, il doit également être convaincu qu'il peut apporter des solutions à son patient. Un soignant peu sûr de ses compétences n'inspirera pas confiance. Cette relation est la garantie d'une bonne prise en charge, de la compliance du patient lors des soins. Pour instaurer cette relation, il nous semble important de se montrer disponible, authentique, honnête, de répondre aux inquiétudes et aux besoins de son patient, d'instaurer un cadre de soin rassurant. Un patient admis anxieux dans un service, s'il se rend compte que les soignants sont à son écoute, tentent de le rassurer, lui prodiguent les soins en les lui expliquant, en l'impliquant, va se sentir en sécurité et en confiance. Cela va baisser son niveau de stress et d'anxiété, ce qui a un impact direct sur le ressenti douloureux pendant les soins à venir. C'est justement ce qui s'est passé lors de notre situation d'appel, lors de la deuxième réfection du pansement. Cette relation de confiance a permis de réaliser un soin moins douloureux.

Le soin relationnel demande du temps et des compétences. Il permet au patient de partager sa souffrance et de mieux la vivre. Pour réaliser un soin relationnel efficace, il faut être conscient de nos limites, être critique vis-à-vis de nos pratiques. Il faut être présent psychologiquement, penser au patient, respecter l'autre, et faire preuve d'empathie, montrer de l'intérêt pour ce que dit l'autre.

---

<sup>16</sup> COUTURAT HURABIELLE, Florence, LANGENFELD, Solange. Soins relationnels, Soins palliatifs. Unité d'Enseignement 4.2 et 4.7. France : Elsevier Masson. 2011. pages 5-6 (Les Essentiels en IFSI)

### **3. LA DOULEUR**

La douleur peut être définie comme une « *sensation pénible ressentie dans une partie du corps, résultant d'une impression produite avec trop d'intensité.* »<sup>17</sup>. L'OMS définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentiellement décrite en termes évoquant une telle lésion.* »<sup>18</sup>. Il est reconnue par tous les soignants que la douleur est propre à chacun et que pour la même stimulation, la douleur ressentie sera différente pour chaque personne et évoluera tout au long de la vie. Un enfant ressentira plus fortement la douleur provoquée par une chute que lorsqu'il sera adulte, car il aura vécu de nombreuses chutes et de nombreuses expériences douloureuses. Nous pouvons donc dire que « *la douleur n'est pas un fait physiologique, mais d'abord un fait d'existence* »<sup>19</sup>.

Nous allons maintenant vous exposer succinctement les mécanismes physiologiques de la douleur.

#### **3.1 PHYSIOLOGIE DE LA DOULEUR**

La douleur aigüe est tout d'abord un signal d'alarme, afin que le sujet protège son propre corps par reflexe. Par exemple, nous retirons rapidement notre main après avoir touché quelque chose de brûlant.

La douleur comporte quatre aspects.

Tout d'abord, la composante sensori-discriminative permet un décodage de la qualité de la douleur, de son intensité, de sa durée et de sa localisation. C'est la plus présente dans les douleurs de nociception c'est-à-dire par lésion du tissu cutané.

Ensuite, la douleur a un caractère affectif. C'est ce qui donne la sensation désagréable de la douleur. Elle entraîne l'anxiété d'une douleur aigüe, et peut entraîner une dépression chez une personne souffrant de douleurs chroniques.

---

<sup>17</sup> Dictionnaire Hachette édition 2005

<sup>18</sup> Définition proposée par l'International Association for the Study of Pain (IASP), 1992. [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)

<sup>19</sup> LE BRETON, David ; Douleur et relation de soin. Dossier : La douleur induite par les soins. *Soins*, Octobre 2010. N°749, pages 34

L'aspect cognitif de la douleur dépend de la connaissance et de l'interprétation individuelle, il fait référence au passé. L'histoire de vie de la personne entre en jeu. C'est la valeur que le patient attribue à sa douleur. Elle dépend également du contexte de soin. Les douleurs liées à l'accouchement sont mieux vécues que les douleurs liées à un traumatisme physique.

Enfin, la composante comportementale de la douleur est ce que le patient en dit, les manifestations verbales ou non verbales qu'il en fait. Ce sont les plaintes, la crispation du visage, l'agitation...

Au niveau physiologique, nous savons que de nombreux récepteurs nerveux sont répartis à la surface de notre peau, plus ou moins concentrés en fonction des zones. En effet les mains et les doigts contiennent plus de récepteurs que les viscères par exemple. Il existe les mécano-nocicepteurs qui sont sensibles à la pression et les récepteurs polymodaux, sensibles aux stimulations thermiques, mécaniques et chimiques.

Une lésion cutanée libère différents neurotransmetteurs qui activent les nocicepteurs. Une agression de la barrière cutanée entraîne une surexcitation des nocicepteurs, ce qui est responsable de l'arc réflexe : nous retirons immédiatement notre main quand nous nous brûlons.

Il existe 3 types de fibres nerveuses, les  $A\alpha$  et  $\beta$ , les  $A\Delta$  et les C, responsables respectivement des sensations tactiles, du message douloureux rapide et du message douloureux persistant. Le message douloureux, après relais synaptique dans la moelle, finit son chemin dans différentes régions du cerveau responsables des différentes composantes de la douleur. Si le patient appréhende la douleur, le stress généré entraîne une libération d'adrénaline qui amplifie la douleur.

Des mécanismes de contrôle de la douleur existent. Le « gate-control » est un mécanisme lié aux fibres  $A\alpha$  et  $\beta$  qui inhibe la transmission de la douleur tant que son intensité n'est pas trop forte. On peut donc par électrostimulation, en se frottant une zone douloureuse par exemple, soulager une douleur de faible intensité, suite à une petite chute par exemple. Certains médiateurs, comme la sérotonine ou la noradrénaline sont libérés suite à un traumatisme dans le but d'atténuer la douleur. Enfin, le corps sécrète des endomorphines qui

ciblent des récepteurs opioïdes situés au niveau des récepteurs périphériques, de la moelle épinière et du cortex cérébral afin également de diminuer la sensation douloureuse.

La douleur peut être classée selon sa durée d'évolution ou son mécanisme physiologique.

La douleur peut être aiguë, c'est-à-dire intense, liée à un traumatisme direct, de courte durée, ou chronique, c'est-à-dire durant plus de trois mois.

Elle peut être due à un excès de nociception, c'est-à-dire une agression cutanée sans lésion nerveuse, neuropathique, suite à une lésion nerveuse, mixte, associant agression cutanée et lésion nerveuse, et psychogène, sans étiologie retrouvée.

Elle peut avoir une origine opératoire, suite à une chirurgie, maligne, suite à un cancer, ou procédurale, suite à un soin de plaie<sup>20</sup>.

Dans la situation d'appel, l'origine de la douleur était aiguë, mixte et procédurale, puisqu'elle durait le temps du soin, était liée à une lésion tissulaire et nerveuse et due à la réfection du pansement. Nous allons maintenant développer les douleurs liées aux soins, ou procédurales.

### **3.2 LA DOULEUR LIEE AUX SOINS**

Pour les soignants, « *les soins [...] créent parfois le paradoxe suivant : lutter contre une maladie ou les séquelles d'un accident en produisant eux même une douleur, et, au-delà, une souffrance* »<sup>21</sup>. Ce paradoxe peut être mal vécu par les soignants, qui peuvent donc mettre en place des mécanismes de défense comme la sous-estimation de cette douleur, afin d'être en congruence avec leur volonté en tant que soignant d'être non douloureux. Dans certaines situations, la douleur est considérée comme « normale » par les soignants, comme les situations d'urgence, les plaies ouvertes, et elle est donc sous-traitée. Il persiste une idée des soignants que la douleur est « nécessaire » au diagnostic, ou en tout cas inévitable.

La prise en charge de la douleur liée au soin est un axe prioritaire du deuxième plan national de lutte contre la douleur de 2002 à 2005. Prendre en charge la douleur est primordial

---

<sup>20</sup> FROMANTIN Isabelle, DE LA BRIERE Alice, Douleurs et soins de plaies. Dossier : la douleur induite par les soins, Soins, Octobre 2010, n°749, pages 44-45

<sup>21</sup> MALAQUIN-PAVAN, Evelyne. La douleur liée aux soins définition et aide au dépistage. Dossier : La douleur induite par les soins. Soins, Octobre 2010. N°749, page 36

lors des soins, car un patient non douloureux sera plus coopérant, plus observant de son traitement et la guérison viendra plus vite.

Selon Evelyne MALAQUIN-PAVAN<sup>22</sup>, les causes principales de douleurs induites par les soins sont :

- « Une évaluation défailante de la douleur
- Une organisation inadaptée des soins (pas d'anticipation, charge en soin élevé pour un même patient, les soignants qui défilent les uns après les autres.)
- Une inadaptation des locaux, du matériel et de l'environnement.
- Une sous-utilisation des matériels à disposition
- Une approche trop rapide et inadaptée de la personne soignée ce qui renforce sa crispation corporelle réactionnelle et qui augmente sa douleur
- Un décalage entre le temps accordé au patient par le soignant et le temps que le patient aimerait qu'on lui consacre ».

Dans notre situation d'appel, nous pensons que certains aspects correspondent à ces points. Il y a eu à la première réfection du pansement une organisation mal adaptée des soins puisque seulement deux personnes étaient présentes pour réaliser le soin, ce qui a entraîné une mauvaise utilisation du MEOPA, puisque le patient tenait lui-même le masque et que personne ne pouvait l'accompagner pour calmer sa respiration. L'effet du MEOPA était donc moins important que la seconde fois. L'approche du patient a peut-être été inadaptée ce qui a augmenté sa douleur.

### 3.2.1 DOULEUR PROVOQUEE

La douleur provoquée se définit comme des « manœuvres volontaires effectuées lors de l'examen clinique [...] dans le but de rechercher un seuil de douleur ou de reproduire une douleur spontanée pour faciliter la compréhension d'un diagnostic associé »<sup>23</sup>. Cette douleur n'est pas évitable puisqu'elle est indispensable au diagnostic et la provocation de cette douleur peut être considérée comme un examen. Elle est le plus souvent générée par un médecin.

---

<sup>22</sup> MALAQUIN-PAVAN, Evelyne. La douleur liée aux soins définition et aide au dépistage. Dossier : La douleur induite par les soins. Soins, Octobre 2010. N°749, page 36

<sup>23</sup> Id page 37

### 3.2.2 DOULEUR INDUITE

La douleur induite a lieu dans un « *contexte de soin où la douleur est prévisible, fréquente, de durée limitée, associée à un geste ou un soin qui doit être réalisé pour le bien du patient* »<sup>24</sup>. Les soins qualifiés de techniques induisent souvent ce type de douleur (prise de sang, pose de cathéter périphérique, pansement), mais c'est aussi le cas des soins d'hygiène quand le patient est douloureux à la mobilisation. Ces douleurs sont presque toujours prévisibles et sont donc assez facilement évitables, ou du moins, le soignant peut diminuer cette douleur en utilisant un matériel adapté, en demandant de l'aide à un collègue (lors d'une toilette par exemple), en expliquant le soin (ce qui diminue l'angoisse)...

« *Le contexte du soin et de la maladie majeure l'anxiété comme l'inconfort de la personne soignée* »<sup>25</sup>. Le soignant doit savoir identifier les causes de la douleur et le geste n'en est pas toujours la seule cause.

Dans notre situation d'appel, nous sommes en présence d'une douleur induite puisqu'elle est due à un soin infirmier. Eviter cette douleur nous paraît difficile, puisque le soin est très douloureux, nous avons cependant constaté que notre posture lors de la deuxième réfection de pansement a permis de faire baisser la sensation douloureuse du patient.

### 3.2.3 DOULEUR IATROGENE

La douleur iatrogène est « *provoquée par le médecin ou le traitement médical* »<sup>26</sup>. Elle correspond à un effet secondaire des traitements ou à une complication thérapeutique. Certains effets sont connus mais le plus souvent, la fréquence des douleurs iatrogènes est aléatoire et il est difficile de les prévenir.

Après avoir vu les mécanismes de la douleur et les différentes douleurs rencontrées lors des soins, nous allons vous exposer un bref historique de la vision de la douleur depuis l'antiquité.

---

<sup>24</sup> MALAQUIN-PAVAN, Evelyne. La douleur liée aux soins définition et aide au dépistage. Dossier : La douleur induite par les soins. Soins, Octobre 2010. N°749, page 37

<sup>25</sup> MALAQUIN-PAVAN, Evelyne ; THIBAUT-WANQUET, Pascale ; et al. Dossier : La douleur induite par les soins. Soins, Octobre 2010. N°749, pages 33

<sup>26</sup> KERNBAUM S. Dictionnaire de médecine. Flammarion 2008

### **3.3 LA DOULEUR DANS LE TEMPS**

Selon la présentation de F. TIBERGHIEU-CHATELAIN<sup>27</sup>, nous avons pu réaliser un résumé de l'historique de la douleur de la Grèce ancienne à nos jours.

Entre 460 et 377 avant J-C, HIPPOCRATE a écrit que « divine est l'œuvre de soulager la souffrance ». La réflexion sur la douleur existe donc depuis des milliers d'années.

Au moyen-âge, l'occident est bercé par le christianisme et la douleur est considérée comme un «châtiment de Dieu, signe d'une élection particulière qui appelle sa récompense dans l'eau delà ». La douleur est valorisée dans la religion Chrétienne, il faut « Apprendre à supporter sa douleur comme un don de dieu et un sacrifice qui rapproche le fidèle du Christ ». Aujourd'hui encore subsiste dans certaines familles la conviction religieuse qu'il faut enfanter dans la douleur. Il n'existe donc pas de traitement de la douleur puisque c'est un moyen de rédemption pour s'affranchir de ses péchés.

Au moment de la renaissance, avec le courant humaniste, les premiers antalgiques apparaissent à savoir l'éther et le sirop d'opium. Au XVIIe siècle, SYDENHAM préconise une utilisation large de l'opium dans de multiples indications. Au siècle des lumières, « la douleur est considérée comme un signal d'alarme qui nous donne le sentiment de notre existence et nous avertit des dangers que court notre corps ». La douleur est considérée comme utile pour établir un diagnostic, pour aider les actes de soins comme l'accouchement, pour mieux guérir après une chirurgie. « La douleur de la gangrène invite au sacrifice de la partie pour conserver le tout ». Cependant les médecins estiment qu'ils ont comme devoir de soulager leurs malades et l'utilisation de l'opium est importante.

Le XIXe siècle est le siècle des découvertes. En 1806, la morphine est découverte puis c'est l'aspirine en 1896. Ce siècle est également celui de la naissance de l'anesthésie. En 1799 c'est la découverte du chloroforme et en 1884 FREUD expérimente les propriétés anesthésiques locales de la cocaïne.

Au XXe siècle, LERICHE est le premier à affirmer que la douleur, quand elle dure, finit par perdre sa fonction de signal d'alarme : c'est la douleur maladie. En 1916, une

---

<sup>27</sup> TIBERGHIEU- CHATELAIN F. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur « Historique de la prise en charge de la douleur ». (CHU BESANCON 2009): 37 Pages. Consulté le 12/02/2013 [http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique\\_douleur\\_2009.pdf](http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique_douleur_2009.pdf).



règlementation très stricte de l'utilisation de l'opium en France fait que cette substance est oubliée comme traitement antalgique. Son utilisation est réhabilitée en 1980. En 1960, J.J BONICA, réalise une analyse multidimensionnelle de la douleur en faisant appel à un kinésithérapeute, à un psychiatre, et à un neurologue pour la soigner.

Actuellement, grâce aux avancées en termes de physiologie de la douleur, on sait que prendre en charge la douleur d'un patient, c'est prendre en charge une souffrance autant psychique que physique. De plus, un cadre législatif régit la prise en charge de la douleur par les soignants.

### **3.4 CADRE LEGISLATIF**

L'article R4311-2 du Code de la Santé Publique du 29 juillet 2004 relate que l'infirmier se doit « *de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes* ». De plus, l'article R4311-4 stipule que « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants [...] : aide et soutien psychologique* »<sup>28</sup>. L'article R4311-5 dit que l'infirmier doit effectuer le « *recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance [...] dont l'évaluation de la douleur* ». Depuis le décret n°2002-194 du 11 février 2002, l'évaluation de la douleur est un acte infirmier.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, impose que l'HAS réalise la certification des tous les hôpitaux selon des critères établis dans le manuel de certification des établissements de santé V2010<sup>29</sup>. Il définit 11 critères indispensables à la certification d'un établissement, dont un est la prise en charge de la douleur. Il reconnaît « *le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne* ». Dans l'article L1110-5 de cette même loi, il est écrit que « *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.* »

---

<sup>28</sup> Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession infirmier. Ministère de la santé. SEDI Equipement. Juin 2010

<sup>29</sup> Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011) consulté le 09/01/2013

En ce qui concerne les médecins, le code de déontologie médicale, article 37, affirme qu'« *en toute circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique* ».

Enfin, le troisième plan de lutte contre la douleur de 2006-2010 encourage dans son troisième axe d'« *améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité* ». « *Tout soignant [...] peut, dans l'exercice de sa fonction et à la condition qu'il maîtrise la technique et l'évaluation de son efficacité, utiliser une méthode non pharmacologique de prévention de la douleur lors des soins* »<sup>30</sup>

Dans notre situation d'appel, les infirmières présentes anticipent la douleur du patient en mettant en place le MEOPA et en faisant une injection de morphine avant le soin. Cependant, l'évaluation de la douleur n'est pas réalisée durant le soin et les techniques non médicamenteuses ne sont pas utilisées.

### **3.5 EVALUATION DE LA DOULEUR LORS DES SOINS**

L'évaluation de la douleur fait partie du rôle propre de l'infirmier. Elle permet de mettre en évidence la douleur existante afin qu'elle soit traitée. Elle permet également au patient de se sentir entendu et soigné. Elle doit être faite régulièrement dans la journée, avant, pendant et après tout soin. Après avoir mis en place un traitement ou une technique antalgique non médicamenteuse, l'infirmier doit de nouveau évaluer la douleur afin d'apprécier l'efficacité du traitement ou de la technique mise en place.

Il existe des échelles unidimensionnelles d'auto-évaluation comme l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et l'Echelle Numérique Simple (ENS), qui permettent de mesurer l'intensité de la douleur, des échelles multidimensionnelles qui permettent d'explorer la composante émotionnelle, partie la plus difficile à évaluer, et des échelles comportementales pour les patients non communicants ou dyscommunicants.

Il existe quatre paramètres de la douleur. Tout d'abord, l'IDE doit évaluer la durée de la douleur pour différencier une douleur aiguë d'une douleur chronique. Ensuite il doit en

---

<sup>30</sup> THIBAUT-WANQUET Pascale, Approche non médicamenteuse et psychocorporelles de lutte contre la douleur induite par les soins. Dossier : La Douleur induite par les soins, Soins, n°749, Octobre 2010. Page 49

mesurer l'intensité, puis la qualité de la douleur (savoir quelle sensation est ressentie : piquête, brûlure, douleur lancinante, constante, pulsatile, irradiante) et le mode d'apparition de la douleur (la nuit, après les mobilisations...). Il doit également évaluer les répercussions de la douleur sur la vie du patient et les techniques antalgiques qu'il met spontanément en place.

Dans notre situation d'appel, l'évaluation de la douleur n'a pas été faite en utilisant une échelle d'auto-évaluation. Elle a été anticipée par les infirmières qui ont administré des traitements antalgiques sans pour autant demander au patient de chiffrer sa douleur ou de l'évaluer sur une échelle visuelle. De plus, aucune évaluation n'a été tracée dans le dossier de soins.

En plus des traitements médicamenteux, il existe d'autres méthodes antalgiques de prise en charge de la douleur, que nous allons développer maintenant.

### **3.6 LA GESTION NON MEDICAMENTEUSE DE LA DOULEUR**

Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur sont de plus en plus connues des patients et de plus en plus plébiscitées par ceux qui ne veulent pas prendre trop de médicaments. De plus, de nombreux soignants en reconnaissent l'efficacité et l'intérêt et certains y voient un moyen de développer leur relation avec le patient. Souvent considérées comme des moyens secondaires, des « petits moyens », elles sont parfois confondues avec les médecines douces ou parallèles.

Selon le 3eme plan douleur, les techniques non médicamenteuses peuvent être divisées en trois catégories : les moyens physiques et physiologiques, les méthodes psycho-corporelles et les méthodes comportementales. Certains outils sont communs à plusieurs techniques dépendantes de différentes catégories comme la respiration, la relaxation ou la distraction.

Ces méthodes doivent être mises en œuvre avant de débiter le soin. Elles ont comme avantage d'être très variées et de s'adapter aux patients. Certains patients seront d'avantage sensibles aux méthodes utilisant la vue, d'autres l'ouïe. L'infirmier doit vérifier pendant le soin que la méthode est efficace.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées en même temps et en complément de méthodes médicamenteuses, comme le MEOPA, comme cela est fait dans notre situation d'appel. Les techniques les plus efficaces pour la prise en charge de la douleur induites sont

l'hypnose et ses dérivés et la relaxation. Elles favorisent l'implication du patient dans le soin : le patient n'est plus un objet de soin, où son corps ne lui appartient plus, mais acteur de soin. En potentialisant les effets de la médication, elles permettent d'administrer moins de substances médicamenteuses pour la même efficacité et diminuent le stress et l'anxiété.

Nous allons maintenant développer chaque catégorie de techniques non médicamenteuses comme définies dans le troisième plan de lutte contre la douleur.

### 3.6.1 PHYSIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Ces méthodes utilisent le plus souvent « *le contact de la peau pour stimuler les fibres nerveuses qui stoppent l'influx douloureux* ». <sup>31</sup> Parmi ces méthodes, nous pouvons citer le toucher-massage et le peau-à-peau chez le nouveau-né, l'utilisation du chaud et du froid, ou encore la succion de solution sucrée chez l'enfant de moins de 6 mois.

L'utilisation du froid, à l'aide de pain de glace ou de linges froids, entraîne la succession d'une vasoconstriction et d'une vasodilatation à l'origine de l'antalgie. Cette méthode est efficace dans les douleurs inflammatoires et musculaires. Le massage avec un glaçon sur la zone à piquer quelques minutes avant une prise de sang diminue la sensation douloureuse induite.

De la même manière, l'application de la chaleur pour des douleurs abdominales ou articulaires induit une augmentation de la circulation locale et une détente musculaire. Cette dernière est contre-indiquée en cas de saignement et d'œdèmes, et l'utilisation d'une bouillote est à faire avec prudence puisqu'il existe un risque de brûlure.

L'installation confortable du patient, la surélévation d'un membre ou maintien d'un membre avec des oreillers et des coussins permettent également la détente du patient qui sera moins douloureux.

Nous avons déjà observé en stage d'anciens infirmiers qui tapaient la fesse du patient avant de faire une injection intramusculaire. Ce savoir-faire, acquis par expérience, utilise en fait le « gate control ». Il résulte de ce geste une « *inhibition de la transmission du message douloureux au cerveau par la libération de substances opiacées naturelles par les*

---

<sup>31</sup> THIBAUT Pascale, FOURNIVAL Nathalie. Dossier : Douleurs et moyens non pharmacologiques. *L'infirmière magazine*. 1er mars 2013. Pages 34.

*interneurones, entraînant la suppression ou la diminution de la sensation douloureuse pour la personne soignée* »<sup>32</sup>. De la même manière, nous avons tous comme réflexe de nous frotter énergiquement une zone douloureuse après une chute, réflexe qui utilise sans le savoir ce mécanisme. Le toucher et le peau-à-peau utilisent également ce système. Le massage est, en France, réservé aux masseurs-kinésithérapeutes. Les IDE peuvent utiliser le toucher ou l'effleurage, qui peuvent atteindre le même objectif : améliorer le confort et le bien-être. Ils utilisent ce phénomène de « gate control ». Ils permettent également de faire naître chez le patient un sentiment de confiance et de sécurité. Le patient, détendu, augmente son seuil de tolérance à la douleur.

Enfin, la succion de solution sucrée chez l'enfant de moins de 6 mois induit une baisse de la perception douloureuse, sans que le mécanisme ait été exactement identifié.

### 3.6.2 COMPORTEMENTALES

Dans les méthodes comportementales, le soignant accompagne le patient dans un changement de comportement face à la douleur. Elles sont particulièrement indiquées pour les patients très anxieux. Elles « visent à amener le patient à modifier son comportement par une désensibilisation »<sup>33</sup> et lui permettent d'anticiper le soin, de se le représenter et de mieux le vivre.

Informé du soin, le patient est la première de ces techniques, qui est appliquée par la majorité des soignants, et qui est enseignée pendant la formation d'infirmière. Des supports peuvent être utilisés pour cette information tels que des jouets pour les enfants (mais ne surtout pas montrer le soin sur le doudou de l'enfant qui doit rester un objet rappelant le bien-être de la maison et la sécurité des parents), des documents, des photos ou des vidéos. Le jeu peut également permettre au patient de visualiser la situation et de la confronter avec son imaginaire. Le patient développe un « coping positif »<sup>34</sup>, c'est-à-dire une capacité à faire face. Pour l'y aider, le soignant l'accompagne pour qu'il trouve ses ressources personnelles en lui demandant, par exemple, comment il fait d'habitude avec ce type de douleur. Il peut

---

<sup>32</sup> THIBAUT-WANQUET Pascale, Approche non médicamenteuse et psychocorporelles de lutte contre la douleur induite par les soins. Dossier : La Douleur induite par les soins, Soins, n°749, Octobre 2010. Page 47

<sup>33</sup> CELESTIN-LHOPITEAU Isabelle, THIBAUT-WANQUET Pascale, Guide des pratiques psychocorporelles, Masson, 2006

<sup>34</sup> THIBAUT Pascale, FOURNIVAL Nathalie. Dossier : Douleurs et moyens non pharmacologiques. *L'infirmière magazine*. 1<sup>er</sup> mars 2013. Page 36.

également utiliser l'imagerie dirigée. Par exemple, lors de la pose d'une sonde naso-gastrique, il peut demander au patient d'imaginer la descente d'un toboggan. Le soignant doit impérativement adapter son moyen de communication à l'âge et la capacité de compréhension du patient.

Le renforcement positif consiste à accompagner le patient dans la maîtrise de son comportement face à la douleur, en soulignant ses qualités. Par exemple, nous avons expérimenté en pédiatrie, la remise d'un diplôme de bravoure aux enfants ayant supporté le soin sans se laisser submerger par leurs émotions. L'enfant était prévenu avant le soin que s'il ne pleurait pas il aurait ce diplôme. C'était pour eux un objectif à atteindre. Aux soins suivants, l'enfant ayant fait l'expérience d'un soin dont la douleur était supportable, appréhende moins le soin et la douleur est donc moins importante. Cette technique est également applicable chez l'adulte en le félicitant après un soin douloureux, en l'encourageant pendant le soin. En cas d'urgence, cette méthode n'est pas applicable.

Ces méthodes utilisent des outils comme la respiration, le relâchement musculaire, la visualisation, l'imagination et ont une action sur la composante émotionnelle. Cependant, elles ne suffisent pas à elles seules à empêcher la douleur contrairement aux méthodes psychocorporelles que nous allons aborder maintenant.

### 3.6.3 PSYCHOCORPORELLE

Les méthodes psychocorporelles sont des « *approches qui, partant du corps, ou se servant du corps comme médiateur, ont une action sur le psychisme* »<sup>35</sup>. Elles reposent sur « *le phénomène hypnotique présent chez chaque individu et qui permet l'émergence d'un état de dissociation pendant lequel le sujet n'est plus focalisé sur sa douleur* »<sup>36</sup> et « *permettent à l'individu de ne pas ressentir la douleur, grâce à la dissociation favorisée par l'intérêt du patient pour une autre chose et la mise à distance de la zone soignée, potentiellement douloureuse* »<sup>37</sup>. Elles font l'objet de recherches depuis quelques années qui ont confirmé neuroscientifiquement leur effet.

---

<sup>35</sup> CELESTIN-LHOPITEAU Isabelle, THIBAULT-WANQUET Pascale, Guide des pratiques psychocorporelles, Masson, 2006

<sup>36</sup> THIBAULT Pascale, FOURNIVAL Nathalie. Dossier : Douleurs et moyens non pharmacologiques. *L'infirmière magazine*. 1<sup>er</sup> mars 2013. Page 37.

<sup>37</sup> THIBAULT-WANQUET Pascale, Approche non médicamenteuse et psychocorporelles de lutte contre la douleur induite par les soins. Dossier : La Douleur induite par les soins, Soins, n°749, Octobre 2010. Page 47

Tout d'abord, la distraction, ou le détournement de l'attention est utilisé par de nombreux infirmiers qui discutent avec leur patient pendant le soin. Cet acte ne nécessite aucune formation mais seulement l'établissement au préalable d'une relation soignant/soigné. Cette technique a été utilisée dans notre situation d'appel puisque nous discutons avec le patient en tenant le masque de MEOPA. Elle peut s'appliquer à tous les patients, sauf s'ils refusent, tant que l'infirmier adapte le sujet de conversation aux centres d'intérêt de son patient. Plus le soigné est jeune, et si le soin est long, plus il faut varier les méthodes de distraction puisque la capacité d'un enfant à rester concentré sur une activité est plus limitée que chez l'adulte. L'état de distraction, obtenu après une séquence de jeu par exemple, permet de faire diversion par rapport au soin. Le patient ne pense plus à la douleur qu'il va ressentir et la ressent moins. Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour arriver à l'état de distraction : lire un livre, regarder la télévision, écouter une histoire, compter des objets. Cette méthode est d'avantage utilisée chez l'enfant, mais un adulte adepte de jeux vidéo ou de série télévisées peut également profiter de ces techniques. L'habitude qui est enseignée dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, d'éteindre la télé, ou de demander au patient d'arrêter son activité pour réaliser un soin est donc contradictoire. Si nous laissons le patient dans l'état de distraction dans lequel il était avant notre arrivée, notre soin sera vécu de manière moins douloureuse.

Une seconde méthode bien connue du grand public est l'hypnose. Elle consiste en faire atteindre au patient un état de conscience modifiée. Selon Jean GODIN<sup>38</sup>, l'hypnose est *« un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur »*. L'hypnose, utilisée dans le but de diminuer la douleur est appelée l'hypnoalgésie. Le patient, après un apprentissage, peut réaliser de l'autohypnose afin de gérer lui-même la douleur induite par les soins. L'efficacité de l'hypnose a été prouvée par les neurosciences, agissant sur les composantes sensori-discriminatives et émotionnelles de la douleur. L'utilisation de l'hypnose pendant un soin douloureux permet de maintenir l'anxiété à un seuil bas, et de diminuer l'utilisation d'antalgiques par des suggestions antalgiques. La sophrologie utilise également un état modifié de la conscience. Les indications particulières de la sophrologie sont les soins dentaires, la rhumatologie, les

---

<sup>38</sup> GODIN Jean, La nouvelle hypnose. Vocabulaire, principes et méthodes. Albin Michel. 1992.

douleurs liées à l'accouchement. Ces deux méthodes nécessitent cependant une formation de l'infirmier.

Les relaxations sont un ensemble de techniques visant au relâchement du corps et des muscles, et à la concentration sur les sensations corporelles. Le tonus musculaire diminue et des sensations de chaleur ou d'engourdissement apparaissent. L'état de relaxation est utilisé seul ou pour atteindre l'hypnose. L'HAS estime que l'utilisation de la relaxation diminue sensiblement l'utilisation des antalgiques<sup>39</sup>.

Le toucher massage, en plus de l'effet physiologique qu'il induit, permet au patient de prendre conscience de son anxiété et de son impact sur la douleur et d'atteindre un état de détente et de distraction qui renforce l'effet antalgique de ce soin.

Enfin, l'art-thérapie utilise les centres d'intérêt du patient, comme la musique, la peinture, le chant, la danse etc. pour l'aider à atteindre un niveau de détente et de distraction propice au mieux vivre des soins. De plus, cette technique n'est pas contre-indiquée chez les patients psychotiques, contrairement à celles utilisant la dissociation du corps et de l'esprit.

Les méthodes psychocorporelles utilisent l'état de relâchement, la détente, la relaxation musculaire, la respiration abdominale, la visualisation, l'imagerie mentale, la parole, le jeu, la musique. Elles mobilisent les ressources du patient en le rendant acteur de ce qu'il vit. Elles peuvent généralement faire l'objet d'un apprentissage, excepté le massage, et permettent donc d'autonomiser le patient.

Bien qu'elles aient de nombreux avantages, ces techniques ont néanmoins quelques limites que nous allons voir ici.

#### 3.6.4 LES LIMITES

Il existe deux limites principales à l'utilisation des techniques non médicamenteuses.

La première est liée au patient. Il s'agit par exemple du refus de celui-ci, qui ne souhaite pas se laisser aller à une modification de la conscience, par peur, par méconnaissance ou par conviction. Ces techniques peuvent être également difficiles à utiliser chez les personnes non ou dyscommunicantes, chez qui un accord peut être difficile à obtenir ou qui

---

<sup>39</sup> CELESTIN-LHOPITEAU Isabelle, THIBAUT-WANQUET Pascale, *Guide des pratiques psychocorporelles*, Masson, 2006



pourraient ne pas comprendre les consignes du soignant et ne pas les respecter, altérant l'efficacité de la technique choisie.

La seconde limite est liée au soignant. Ce peut être le manque de formation ou d'information des soignants qui sont nombreux à ne pas connaître ou à mal connaître ces techniques. De plus certaines méthodes comme l'hypnose ou le toucher-massage doivent faire l'objet d'une formation avant d'être utilisée. Nous pensons que dans notre situation d'appel, les feins à la mise en place de ces techniques étaient liés à un manque de formation.

## **Partie II : Phase exploratoire empirique**

### **1. METHODE EXPLORATOIRE UTILISEE**

Après avoir réalisé de nombreuses lectures afin d'enrichir nos connaissances sur le sujet, nous avons effectué trois entretiens. Le premier a eu lieu le 15 janvier 2013, avec une IADE intéressée par l'hypnose et l'hypnoanalgésie. Elle s'est formée par elle-même depuis plusieurs années et va participer à une formation afin que ses compétences soient reconnues. Le deuxième entretien a eu lieu le 24 janvier 2013 avec une infirmière d'orthopédie avec qui nous avons pu échanger sur les attentes des infirmières au sujet des techniques non médicamenteuses. Enfin, un troisième entretien a eu lieu le 19 mars 2013 avec une infirmière et une psychologue d'une équipe mobile de douleur et de soins palliatifs. Les thèmes abordés lors de cet entretien ont été les pratiques soignantes, le rôle d'une équipe mobile extérieure à l'équipe de soin et l'intérêt de la prise en charge psychologique.

Les deux premiers entretiens ont été réalisés avant que la phase théorique ait été entièrement construite. En effet, nous avons voulu commencer à prendre contact début janvier avec la première personne ressource, en pensant que les démarches seraient longues avant d'avoir un rendez-vous. A notre grande surprise, le premier entretien a été fixé une semaine après le premier contact par courriel. A la suite de cet entretien, l'IADE rencontrée nous a orienté vers une de ses connaissances IDE qui s'intéressait au sujet et l'a immédiatement contactée par téléphone. Le deuxième rendez-vous a donc eu lieu rapidement également.

Nous avons choisi d'utiliser la même grille d'entretien pour ces deux rendez-vous afin de pouvoir comparer les réponses de deux infirmières ne travaillant pas dans les mêmes services, une ayant un diplôme universitaire sur la douleur et envisageant de se former à

l'hypnose, et l'autre exerçant à partir de ses connaissances acquises en formation infirmière et de son expérience.

Une grille différente a été établie pour rencontrer l'infirmière et la psychologue de l'équipe mobile de la douleur, puisque leurs rôles sont très particuliers et que nous voulions axer cet entretien sur le côté psychologique de la douleur et de la prise en charge.

Nous avons également réalisé un questionnaire sur la douleur qui a été diffusé sur internet grâce au site <http://www.infirmiers.com>, et distribué à une équipe de soins dans un service de chirurgie générale. La diffusion sur internet s'est faite après avoir récupéré la série de questionnaires distribués dans le service de soin. Les réponses recueillies étaient bien souvent courtes, incomplètes et les réponses semblables. Le choix de la diffusion sur internet s'est fait afin de recueillir le maximum d'expériences différentes, dans des services différents, de centres de soins différents. En effet, nous avons remarqué qu'en distribuant un questionnaire à une équipe complète, les réponses se recoupaient, les pratiques étant bien souvent les mêmes au sein d'une équipe. De plus, en sollicitant des professionnels sur un site internet, dans la rubrique « Travail de Fin d'Etude », nous avons recueilli les témoignages de personnes intéressées par le sujet, et motivées pour y répondre, et avons remarqué que les réponses ont été d'autant plus riches.

Vingt-deux réponses ont été recueillies. 50% des infirmières interrogées ont entre 25 et 45 ans, et 32% ont moins de 25 ans. 64% ont moins de 5 ans d'expérience.

## **2. ANALYSE**

Nous allons commencer l'analyse de nos entretiens et de nos questionnaires par le concept de soin, puis nous aborderons celui de la communication et enfin celui de la douleur.

### **2.1 LE CONCEPT DE SOINS**

Le questionnaire nous a montré que 50% des infirmières interrogées estiment qu'une toilette intime est un soin invasif, 45 % qu'une contention au lit l'est également, et 23% pensent qu'une injection sous cutanée n'est pas invasive. De même, nous avons remarqué que 100% des IDE interrogées ne considéraient pas les soins invasifs comme toujours douloureux. Or, à partir du moment où la barrière cutanéomuqueuse est franchie, il existe une réaction nerveuse induisant une douleur.

De la même manière, durant les entretiens, l'IADE interrogée considère comme non invasif tous les actes chirurgicaux qui nécessitent peu de drogues, et l'IDE estime qu'un soin intime comme la toilette est invasive puisque nous rentrons dans « la bulle du patient ». Elle définit le soin invasif comme un soin « qui pénètre le corps humain, qui est agressif ». Elle estime en faire tous les jours, comme les infirmières interrogées par le biais du questionnaire qui en font également tous les jours.

Nous nous sommes donc rendus compte que l'aspect invasif d'un soin est difficile à définir pour les soignants, bien que ces soins soient réalisés pluri-quotidiennement pour les trois-quarts d'entre eux.

Pendant nos entretiens, les infirmières rencontrées ont souvent utilisé les termes de « prendre soins ». Cette attitude semble primordiale pour celles-ci. L'IDE faisant partie de l'équipe mobile de soin palliatif nous a dit que pour elle, les infirmières devaient se rapprocher des soins liés à leur rôle propre et ne pas se cantonner aux soins prescrits. Pour elle, le rôle propre de l'infirmière est plus difficile à assumer et il demande une certaine maturité professionnelle. Pour elle également, les techniques de prises en charge non médicamenteuses de la douleur sont peu utilisées car elles mettent en avant ce rôle qui demande un œil attentif aux besoins premiers, et que certaines infirmières n'ont pas la maturité suffisante pour assumer ce rôle. L'IADE explique également que pour elle, ces techniques sont une autre façon de soigner, qui s'intéresse d'avantage au psychisme qu'au corps, et que l'intérêt qu'elle porte à ces techniques a été « le fruit d'une maturation de [sa] façon d'être auprès des gens ». Durant l'entretien avec l'équipe mobile de soins palliatifs, l'IDE explique leurs rôles dans la prise en charge de la douleur générée par les soins, pour lesquels elles s'assurent qu'il existe des prescriptions anticipées et font des propositions pour améliorer le vécu des soins quotidiens. Il apparaît que les infirmières dans les services de soins sont particulièrement sensibles à la douleur générée par les soins et qu'elles les questionnent sur leur façon de faire. La psychologue souligne le fait qu'avoir un objectif de soin est primordial pour le patient qui peut avancer dans la prise en charge avec un but. Elle estime que son rôle dans les soins est de susciter chez les infirmières le questionnement suivant : « Que puis-je apporter de plus à ce patient durant les soins ? ». L'infirmière d'orthopédie ajoute en ce sens qu'il faut « réfléchir à son soin avant de le faire, et connaître son patient ».

Cela rejoint la théorie d'Evelyne MALAQUIN-PAVAN qui estime qu'une mauvaise organisation et une approche inadaptée du patient est vecteur de douleur. De même, bien connaître son patient permet de mettre en adéquation les soins donnés avec les attentes du patient.

Pour prendre soin de ses patients, l'infirmière doit tout d'abord mettre en place une communication positive avec ceux-ci. Nous allons donc maintenant aborder ce concept.

## **2.2 LE CONCEPT DE COMMUNICATION**

L'IADE interrogée nous a expliqué l'importance du choix des mots. En effet, elle s'est rendu compte qu'avant une intervention chirurgicale, un patient que nous tentons de rassurer en lui disant qu'il n'aura pas froid, ou qu'il n'aura pas mal, ne va retenir au final que les mots « froid » et « mal », le cerveau dans les cas de stress, ne traitant pas l'information négativement. Il faut donc adapter son vocabulaire de manière positive, en utilisant par exemple le mot « confort ». Cela rejoint la théorie de Walter HESBEEN qui dit que le soignant doit faire preuve de chaleur dans la relation soignant/soigné. Elle considère que l'infirmière doit apporter de l'attention et de l'intérêt aux personnes qu'elle prend en charge et que pour cela, elle doit faire preuve de bienveillance et d'empathie, qui sont comme nous l'avons vu, les bases de la relation de confiance. Elle a constaté que les patients qu'elle « accompagnait » dans l'anesthésie avaient des réveils plus calmes, et que lorsqu'elle travaillait en cardiologie, elle, qui portait de l'attention, de la réassurance et de la bienveillance à l'égard de ses patients, avait moins d'urgence à gérer que ses collègues. Egalement, elle a constaté que les patients stressés par une intervention chirurgicale étaient plus perméables aux dire du soignant, « ils s'accrochent à ce que tu dis parce que c'est rassurant ». La communication est donc un moyen de soulager son patient, en l'apaisant.

De même, pendant certaines interventions, comme des chirurgies ophtalmiques, où seule une anesthésie locale est réalisée, elle s'est rendu compte de l'importance du toucher. Souvent, elle touche le bras des patients, en prodiguant des paroles rassurantes. Ce contact est important et souvent les patients l'en remercient. Elle a donc conscience de l'importance de la communication non verbale. Elle souligne d'ailleurs l'importance de cette relation avec les personnes ne parlant pas ou peu le français, avec qui la communication verbale est biaisée, comme nous l'avons vu dans la partie théorique. Dans le questionnaire, 90% des infirmières disent discuter pendant les soins avec le patient. Cela est, comme nous l'avons vu dans la

partie théorique, la technique la plus utilisée, la plus intuitive, et bien souvent une technique de prise en charge de la douleur non reconnue comme telle.

Concernant, l'impact du vécu du soignant, nous avons recueilli dans le questionnaire le témoignage d'une infirmière qui disait qu'il ne fallait pas « conditionner le patient, l'influencer par rapport à nos représentations sur la douleur, sans non plus la banaliser parce que nous en avons l'habitude ». Lors de l'entretien avec l'équipe de prise en charge de la douleur, l'infirmière pense également que l'évaluation de la douleur dépend du vécu, de la culture, des expériences professionnelles etc. concernant la douleur. Elles ont repéré des infirmières qui faisaient plus vite appel à eux que d'autres. Cependant, cette réalité est difficile à travailler car les formations sont faites en groupe, et que durant ces groupes, une introspection personnelle de chaque soignant est impossible. La notion de discernement que nous avons abordée dans la partie théorie est donc difficilement appliquée par les soignants qui ont tendance à classer les patients dans des catégories.

La communication fait partie intégrante de la prise en charge non médicamenteuse de la douleur, que nous allons aborder maintenant.

### **2.3 LA DOULEUR ET SA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE**

L'idée générale recueillie aussi bien dans les questionnaires que dans les entretiens est que les soins infirmiers sont généralement douloureux, puisqu'aucune infirmière n'a répondu ne réaliser aucun soin douloureux par jour. De plus, elles ont conscience de l'appréhension du patient face aux soins, même les plus banals comme le prélèvement sanguin.

Dans notre questionnaire, nous avons remarqué que les techniques médicamenteuses étaient nettement plus utilisées que celles non médicamenteuses, excepté la discussion pendant les soins. En effet, 86% disent utiliser des antalgiques de palier 1 ou 2 pendant les soins, 57% utilisent le MEOPA, et 52% utilisent des morphiniques. Bien que 95% discutent avec le patient pendant les soins, seuls 28% utilisent la relaxation, 38% utilisent le toucher massage, et seulement 4% utilisent le détournement de l'attention.

90% estiment que les techniques médicamenteuses sont à utiliser en complément des traitements antalgiques, mais 67% pensent qu'elles sont difficiles à mettre en place. Enfin, bien que dans la partie théorique, nous avons vu que les techniques non médicamenteuses étaient de plus en plus plébiscitées, autant par les soignés que les soignants, nous avons vu

dans notre questionnaire que seulement 42% des soignants estiment ces techniques efficaces. Dans les entretiens, une IDE nous a dit qu'un « traitement antalgique est toujours sur prescription médicale ». Il apparaît donc que les techniques non médicamenteuses ne sont pas prises en considération dans ce propos puisqu'ils font partie du rôle propre infirmier.

Nous avons vu dans la partie théorique que l'utilisation d'un matériel inadapté est vectrice de douleur. L'IDE de chirurgie orthopédique interrogée a avancé des idées allant dans ce sens. Elle réclamait un matériel plus adapté aux pathologies prises en charge, comme des fauteuils, des attèles, ou du matériel de soins comme des pinces en fer. En effet, il lui apparaît que des soins effectués avec des pinces en plastique sont plus douloureux que ces mêmes soins effectués, dans le passé, avec des pinces en fer. Elle donne l'exemple de l'ablation de fil, où la pince en plastique ne serre pas assez et laisse s'échapper le fil. Elle explique également qu'elle essaye de laisser des temps de repos entre les soins aux patients qui en font la demande. En effet, il est judicieux de laisser un patient se reposer après une toilette douloureuse plutôt que d'enchaîner immédiatement avec un pansement d'escarre par exemple. Certains soignants ont peut-être dans l'idée qu'il faut mieux concentrer les soins douloureux pour que le patient « soit tranquille ». Cependant nous pensons que la douleur s'additionne, et faire un pansement à un patient souffrant encore de sa toilette sera beaucoup plus douloureux que si la douleur de la toilette s'est dissipée.

Un autre point abordé dans cet entretien est le « laisser faire ». Cela converge avec l'idée de prise en charge trop rapide abordée plus tôt. L'IDE interrogée laisse, dans la mesure du possible, les patients participer à leur soin en les faisant décoller leur pansement, ou se tourner seul dans le lit, ou encore se lever de la manière qu'il préfère, en respectant bien sur les impératifs liés à la pathologie. Nous pensons qu'impliquer le patient dans ses soins est important car il ne se sent plus « objet de soin », et l'Homme a besoin de maîtriser ce qui lui arrive. Un patient impliqué se sentira moins anxieux à la pensée d'un pansement puisqu'il pourra se dire « je vais enlever moi-même l'adhésif, j'aurais moins mal ». Cette façon de faire peut entrer dans la catégorie de technique comportementale. En effet, l'infirmière accompagne le patient pour dédramatiser le soin et l'appréhender différemment.

La demande d'aide à une tierce personne a été évoquée durant les entretiens, et le problème du manque de personnel est venu teinter le tableau. En effet, nombreux sont les infirmiers qui aimeraient être assistés lors de leur pansement par un aide-soignant, mais ceux-

ci ne sont pas forcément disponibles, ayant de nombreuses toilettes à réaliser. Durant notre formation, le binôme AS/IDE a été peu rencontré. Bien souvent, les aides-soignants réalisent leurs soins en s'aidant entre eux et les IDE réalisent leurs soins seuls. Le seul service où nous avons assisté à cette collaboration est un service de pédiatrie, où l'auxiliaire de puériculture est présente à presque tous les actes infirmiers, afin de tenir l'enfant, de le rassurer, et d'aider l'infirmier.

Durant l'entretien avec l'équipe mobile de douleur, la psychologue nous a dit que les médecins ne prescrivaient pas toujours les antalgiques adaptés et que si l'évaluation n'avait pas été rigoureuse au préalable, les médecins étaient peu à aller auprès de leur patient pour discuter de leur douleur. Cela diverge donc de ce que nous avons vu dans le cadre législatif où nous avons appris que les médecins devaient, selon le code de déontologie, mettre tout en œuvre pour soulager leur patient.

En ce qui concerne les différentes composantes de la douleur, les entretiens nous ont montrés que les soignants ont conscience que la douleur s'exerce autant au niveau physique que psychique, et que l'histoire de vie du patient influe sur le ressenti douloureux. Parfois les soignants ont, selon l'équipe mobile de douleur, tendance à mettre en avant le côté psychologique de la douleur, et ne mettent pas assez de traitement antalgiques en place.

L'infirmière et la psychologue de l'équipe mobile de prise en charge de la douleur, qui assurent également la formation continue sur ce sujet, nous ont dit essayer de montrer que les soignants peuvent répondre autrement à un patient douloureux qu'en administrant un traitement médicamenteux. L'infirmière de l'équipe dit effectuer des massages après avoir réalisé un entretien avec un patient douloureux afin « d'impacter dans le corps, cette détente qui a commencé pendant l'entretien ». Cela rejoint la partie théorique où nous avons vu que ce soin permet au patient de prendre conscience de son anxiété et de son impact sur la douleur. Cependant, elle ne peut pas, selon elle, utiliser d'autres méthodes que la relaxation et le toucher massage puisqu'elle n'a pas été formée. Quand elle rencontre les patients, elle leur « propose de prendre soin d'eux ». Elle pense que cette phrase permet de débloquent des choses chez certains patients qui estiment que les infirmiers du service ne sont pas dans cette démarche. Cela correspond à une attention apportée au patient. Cela rejoint les propos de l'IADE que nous avons exposés plus haut.

Sur les trois entretiens que nous avons menés, une seule infirmière nous a expliqué utiliser des méthodes physiques de prise en charge de la douleur, à savoir les bouillottes chaudes et les pains de glace. Pourtant, le pain de glace est souvent utilisé dans les services. Peut-être que les soignants ne pensent pas à cette technique en entendant le terme technique non médicamenteuse de prise en charge de la douleur.

Egalement, une infirmière interrogée utilise lors des soins l'hypnose conversationnelle. Elle nous a dit que l'action de cette technique est indéniable, et que les autres infirmières du service ont constaté que les patients dont elle s'occupait étaient plus calmes. De plus, les patients la remercient fréquemment à leur sortie du service. Elle utilise le terme d'hypnose conversationnelle, ce qui rejoint le détournement d'attention exploré dans la partie théorique, car elle n'a pas reçu de formation sur l'hypnose, le centre hospitalier ne proposant pas cette formation et n'acceptant pas de la financer. Elle estime que l'utilisation de cette technique, au-delà du bien apporté aux patients, lui apporte une satisfaction personnelle et le sentiment de s'occuper réellement du bien-être des gens.

Selon les soignants interrogés via les entretiens et les questionnaires, il existe plusieurs freins à l'utilisation de ces techniques. Tout d'abord le manque de temps. Ce point n'a pas été abordé dans nos recherches théoriques. Aucun théoricien ne propose de solution pour faire face à ce problème. Pourtant, il est vrai que les soignants ont de nombreuses tâches à réaliser dans les services et que souvent, ils estiment que mettre en place une technique non médicamenteuse est trop chronophage, puisque mettre en place une hypnose ou une relaxation efficace prend en moyenne une vingtaine de minutes avant de débiter le soin.

Ensuite, dans le questionnaire, nombreuses étaient les infirmiers qui étaient sceptiques quant à l'efficacité de ces techniques, et estiment que les traitements médicamenteux sont suffisants. Ils ne prennent pas en compte ce que nous avons vu dans la partie théorique, à savoir la baisse remarquable des besoins en antalgique des patients.

Enfin, la troisième limite recensée est le manque de formation. En effet, une IDE interrogée nous a dit que les formations proposées concernaient l'utilisation du MEOPA, la douleur en soins palliatifs ou l'évaluation de la douleur. Les infirmières ayant le diplôme universitaire « Douleur » ne sont également pas formées aux techniques non



médicamenteuses pendant leurs études. La seule formation fréquemment proposée en matière de technique non médicamenteuse est le toucher-massage.

### **3. SYNTHÈSE**

Lors de la comparaison entre nos aprioris et les réponses apportées dans notre exploration empirique, nous nous sommes rendu compte que les divergences étaient plus importantes que les convergences.

Dans notre situation d'appel, le soin effectué était un soin invasif et la douleur était provoquée par ce soin. C'est pourquoi nous avons choisi d'orienter notre travail vers la douleur induite par les soins invasifs. Lors de notre recherche théorique nous avons constaté que la bibliographie concernant les soins invasifs était faible. De plus, lors de nos entretiens et du dépouillement du questionnaire, nous avons remarqué que le terme de soin invasif était mal compris par les soignants qui entendaient dans cela tous les soins intrusifs pour l'intimité du patient. Nous avons constaté que finalement, le terme de soin invasif n'était pas fondamental à notre questionnement et que le terme de soin douloureux était plus adapté à la réalité des soignants.

Notre apriori principal était que les techniques non médicamenteuses étaient connues dans les services mais que les soignants ne les utilisaient pas assez lors des soins douloureux. Il est apparu lors des entretiens que ces techniques sont méconnues, que leurs effets sont sous-estimés et que leur utilisation apparaît difficile pour les soignants. Pourtant, de plus en plus d'articles et d'ouvrages sont écrits à ce sujet, et les soignants qui les connaissent et les utilisent sont convaincus de leur efficacité. Il semble donc que la première chose à faire est de faire connaître toutes ces techniques, leur intérêt et leur effet.

Si nous devons poursuivre notre travail, notre hypothèse de recherche serait la suivante :

**« Démocratiser, par la formation des soignants, l'utilisation des techniques non médicamenteuses, lors des soins douloureux, est bénéfique pour le patient et apporte une plus-value non négligeable aux soins infirmiers. »**

## CONCLUSION

La réalisation de ce travail de fin d'étude nous a permis de découvrir la méthodologie de recherche. Nous avons pu découvrir des théories sur un sujet qui nous intéressait, rencontrer des professionnels et échanger sur ce sujet. Cela nous a paru très enrichissant et nous a permis de prendre un peu plus conscience de l'importance du rôle propre infirmier.

Nous nous sommes rendu compte que le thème de la douleur était au cœur de l'actualité des soignants et que la profession est en progression perpétuelle sur ce sujet. La douleur est omniprésente dans les soins et les connaissances acquises dans ce TFE nous serviront tout au long de notre carrière et quel que soit les patients pris en charge.

Enfin, la réalisation de ce travail nous a permis d'appréhender une organisation particulière pour élaborer cet écrit sur de nombreux mois. Ce travail nous a suivi tout au long de notre troisième année et a gagné en maturité professionnel au même rythme que nous.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- CHAUFFOUR-ADER, Claire, DAYDE, Marie-Claude. *Comprendre et soulager la douleur*. France : Lamarre. 2008. 179 pages (Soigner et Accompagner)
- CELESTIN-LHOPITAUX, Isabelle, THIBAUT-WANQUET, Pascale. *Guide des pratiques psycho-corporelles : Relaxation, hypnose, art-thérapie, massages, yoga...* France : Masson. 2006. 260 pages
- COUTURAT HURABIELLE, Florence, LANGENFELD, Solange. *Soins relationnels, Soins palliatifs. Unité d'Enseignement 4.2 et 4.7*. France : Elsevier Masson. 2011. 224 pages (Les Essentiels en IFSI)
- FALCON Nathalie ; ENYOUMA Marcus ; et al. *Sciences humaine*. 2eme édition. France : Masson. 2002. 216 pages (Nouveaux cahier de l'infirmière)
- HIRSCH Emmanuel. *Soigner l'autre. L'éthique l'hôpital et les exclus*. Paris : Belfond, 1997. 235 pages
- MARCHAND Serge. *Le phénomène de la douleur*. 2eme édition. France : Masson. 2009. 378 pages (Comprendre pour soigner)

### Articles

- BERTRAND, Quentin. Aux racines physiologiques et culturelles de la douleur. *La revue de l'infirmière*, Juin/Juillet 2012. N°182, pages 28-30
- EYMARD, Chantal ; REVILLOT, Jean-Marie. A l'écoute de la confiance dans la pratique quotidienne des soins. *Perspective soignante*, Avril 2012. N°37, pages 104-116
- MALAQUIN-PAVAN, Evelyne ; THIBAUT-WANQUET, Pascale ; et al. Dossier : La douleur induite par les soins. *Soins*, Octobre 2010. N°749, pages 33-49
- MARCHELTINI, Paolo. La douleur iatrogène : la reconnaître, la traiter, la prévenir. *La Lettre de L'institut Upsa de la douleur*, Décembre 2003. N°20, pages 1-8
- TOCHEPORT Pascale. *La sophrologie en gériatrie, une approche innovante pour diminuer l'anxiété*. Soins. Mars 2012. N°763 Pages 16 à 20.
- THIBAUT Pascale, FOURNIVAL Nathalie. La prise en charge de la douleur des plaies. *L'infirmière magazine*. 15 janvier 2013. N°315 Pages 32-33.

- THIBAUT Pascale, FOURNIVAL Nathalie. Dossier : Douleurs et moyens non pharmacologiques. *L'infirmière magazine*. 1<sup>er</sup> mars 2013. N°318 Pages 33 à 42.

#### Législation

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. n°0181 du Journal Officiel, 7 août 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

#### Sites internet

- LOTHON-DEMERLIAC Céline ; LAURENT-BEC Anne ; et al. *Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur*. [Format pdf] Octobre 2001. [ref. du 3 décembre 2012]. 17 pages. Disponible sur <http://www.cnrdf.fr>
- MOREAU, Thibault ; THIBAUT-WANQUET, Pascale : *Place des méthodes psycho-corporelles et prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée*. [Format Pdf]. Octobre 2007 [ref. du 4 novembre 2012]. 18 pages. Disponible sur : [http://www.cnrdf.fr/IMG/pdf/no8\\_moreaux.pdf](http://www.cnrdf.fr/IMG/pdf/no8_moreaux.pdf)
- *Programme de lutte contre la douleur 2002-2005*. [Format Pdf]. 2002. [ref. du 3 décembre 2012]. 33 pages. Disponible sur <http://www.cnrdf.fr>
- *Plan de lutte contre la douleur 2006-2010*. [Format Pdf]. 2005. [ref. du 3 décembre 2012]. 36 pages. Disponible sur <http://www.cnrdf.fr>
- TIBERGHIE- CHATELAIN F. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur *Historique de la prise en charge de la douleur*. [Format PPT] CHU BESANCON 2009. [ref du 12 février 2013] 37 Pages. Disponible sur [http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique\\_douleur\\_2009.pdf](http://www.reseaudouleurfc.fr/doc/enseignement/Historique_douleur_2009.pdf).
- COUTAUX A, COLLIN E. *Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. Douleur et analg* [Format Pdf] 2008. [ref du 10 février 2013] Pages 126-137 Disponible sur <http://www.cnrdf.fr/IMG/pdf/Coutaux-Collin.pdf>.
- THIBAUT P, *Prévention de la douleur provoquée par les soins : les moyens relevant du rôle infirmier autonome*. 7 pages. [Format Pdf] [Ref du 9/02/2013] disponible sur [http://www.cnrdf.fr/IMG/pdf/P%20Thibault\\_17.pdf](http://www.cnrdf.fr/IMG/pdf/P%20Thibault_17.pdf)
- [www.setd-douleur.org](http://www.setd-douleur.org)
- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- [www.qualite-securite-soins.fr](http://www.qualite-securite-soins.fr)

Vidéo :

- La douleur induite... C'est pas soignant !, CLUD Toulouse, Juin 2011.

Apport théoriques

- *Physiologie de la douleur*, cours à l'IFSI de Mantes la Jolie par DONNADILLE Yves. le 19/09/2012 concernant l'UE 4.7
- *Soins relationnels : L'entretien thérapeutique*, cours à l'IFSI de Mantes la Jolie par BERTRAND Julie. le 26/10/2011 concernant l'UE 4.2
- *La communication dans les soins relationnels*, cours à l'IFSI de Mantes la Jolie par BERTAND Julie. le 08/02/2011, concernant l'UE 4.2.
- *Concepts et théories en soins infirmiers*, cours à l'IFSI de Mantes la Jolie par HUTIN Line et PATALIER Pascale le 21/09/2010 concernant l'UE 3.1
- *Le neurone et le système nerveux*, cours à la faculté Pierre et Marie Curie de Paris (VIe) par BERNAUDIN J.F. le 01/10/2010 concernant l'UE 2.1

# **ANNEXES**

## QUESTIONNAIRE : LA DOULEUR

*Actuellement en troisième année d'études d'infirmière, je réalise, dans le cadre de mon Travail de Fin d'Etude, une enquête sur la prise en charge de la douleur dans les soins. Ce questionnaire s'adresse aux infirmier(e)s diplômé(e)s d'état. Il est entièrement anonyme et ne vous prendra qu'environ 5 minutes.*

### **Parlons de vous ...**

Votre âge :  – de 25 ans     de 25 à 45 ans     + de 45 ans

Nombre d'année d'exercice :  – de 5 ans     de 5 à 15 ans     + de 15 ans

Votre niveau d'étude (diplômes universitaire, formations particulières) :

.....

Services dans lesquels vous avez exercé :

.....

### **Questionnaire :**

1) Parmi ces soins, lesquels sont, pour vous, invasifs ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Pansement     Pose de KT     Prise de sang     Pose d'aérosol   

Injection SC

Toilette intime     Prise de traitement per os (PO)     Contention au lit

2) En moyenne, combien pensez-vous réaliser de soins invasifs par jour ?

0     1 à 5     5 à 10     10 à 20     + de 20

3) En moyenne, combien pensez-vous réaliser de soins douloureux par jour (EVA >5) ?

0     1 à 5     5 à 10     10 à 20     + de 20

4) Pour vous, un soin invasif est-il **toujours** douloureux (EVA>5) ?

Oui     Non

5) Que mettez-vous en place pour soulager la douleur lors d'un soin douloureux :

(*Plusieurs réponses possibles*)

Antalgique de pallier 1 ou 2     Morphine SC     PCA

Morphine PO     Méopa (Kalinox)     Relaxation     Toucher-massage

Discussions pendant le soin     Autre :(précisez) .....

- 6) Avez-vous reçu une ou plusieurs formations sur la prise en charge de la douleur ?  
 Oui  Non

Si oui, la ou lesquels ? .....

Ont-elles changé vos pratiques pendant les soins ?  Oui  Non

- 7) Que pensez-vous de l'efficacité des techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur ? (relaxation, hypnose, distraction, musicothérapie...)  
(Plusieurs réponses possibles)

- Peu efficace  Moyennement efficace  Très efficace  
 A utiliser en complément des traitements antalgiques  A utiliser seules  
 Facile à mettre en place  Assez difficile à mettre en place  
 Impossible à mettre en place

- 8) Avez-vous quelque chose à rajouter concernant les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Merci de votre participation à cette étude. Bonne journée.



## GRILLE D'ENTRETIEN N°1

### Identité de la personne ressource :

**Niveau d'étude :** IADE depuis 20 ans. IDE depuis 30 ans

**Service :** Bloc opératoire

**Age :** 52 ans

A priori	Questionnement	Postérieur	
		Convergences	Divergences
Passage de la barrière cutanée, acte sur prescription, acte douloureux Prise de sang, pose d'un KT, Pansement	Pour vous, qu'est-ce qu'un soin invasif ?	PAC KT	Soins chirurgicaux où elle n'utilise pas de drogues importantes (AL)
Existence de protocoles sur : EVA, PCA et utilisation des morphiniques Protocoles établis par le CLUD Classeur de protocole dans le service	Connaissez-vous les protocoles concernant la prise en charge de la douleur mis en place dans votre service	Protocole douleur en salle de réveil. Accord du CLUD pour les protocoles Moyens non protocolés : la bienveillance, l'empathie	Pas de protocoles sur les drogues utilisées « chacun fait un peu comme il veut » Protocole douleur établi par le médecin chef de service et les équipes. Le but est d'utiliser moins de morphiniques
Formation sur l'utilisation des antalgiques, sur les différents paliers, les différentes formes d'antalgiques (injectable, Méopa, comprimé) Formation sur le toucher massage, sur la relation pendant les soins	Y a-t-il des formations proposées aux équipes de soins sur la prise en charge de la douleur ?  Avez-vous été formez ? A votre avis, est-ce que les IDE sont assez formées sur ce sujet ? Avez-vous des chiffres ?	Formation sur le MEOPA, presque toutes les IDE du bloc ont le DU douleur « on a un système qui fait tellement cadrer le médicament que y a pas tellement de place »	Le personnel se forme en copiant sur les pratiques des autres. La formation sur l'hypnose n'est pas proposée au sein de l'hôpital. Pas de formation sur la relaxation, la sophrologie
Prévenir le patient, lui expliquer le soin, administrer un traitement antalgique préventif, utilisation du Méopa, relaxation, relation de confiance...	Que mettez-vous en place pour effectuer un soin invasif chez un patient ?	Morphine, bouillotte chaud et froid, attention « il y a plein de choses qu'on peut mettre en place qui, n'étaient pas forcément mises en place »	

		« Les jeunes accentuent la douleur et les vieilles minimisent » Hypnose : n'est pas encore formée mais fait de l'hypnose conversationnel, du détournement de l'attention	
<p>Demande d'antalgique de pallier supérieur, augmentation des doses, appel du CLUD pour mise en place de nouvelles techniques antidouleurs et prise en charge psychologique</p> <p>Mise en place d'une relation d'aide, relation de confiance, relaxation</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesquelles ?</li> <li>- Comment connaissez-vous ces méthodes ?</li> <li>- Comment vous-êtes-vous formé ?</li> <li>- Dans quels cas les utilisez-vous ?</li> </ul> <p>Si non :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi ?</li> <li>- Aimerez-vous les utiliser ?</li> </ul>	<p>Que faites-vous devant un patient douloureux, quand les traitements médicamenteux n'ont pas un effet suffisant ?</p> <p>Utilisez-vous régulièrement des techniques comme la relaxation, la sophrologie, la théromothérapie pour soulager de la douleur ?</p> <p>Qu'attendez-vous des méthodes non médicamenteuses ?</p>	<p>Peu de contact avec le CLUD au sein du bloc opératoire</p> <p>Impact positif des techniques non médicamenteuses : meilleur réveil pour les patients, plus calmes.</p> <p>L'hypnose c'est un accompagnement, parfois c'est fatiguant, ce n'est pas un truc que tu peux faire tous les jours</p> <p>C'est une autre façon de soigner, une autre approche, s'occuper du psychisme, satisfaction personnelle.</p> <p>C'est tellement bénéfique pour le patient</p>	<p>Pas de cotation d'EVA.</p> <p>Augmentation des doses d'antalgiques</p>

### **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Certains patients commencent à faire la demande de ne plus utiliser de drogue. Ce sont les médecins qui sont réticents à utiliser l'hypnose par exemple. Il faut une ouverture d'esprit. Il faut utiliser un langage spécifique pour désamorcer des choses, ne pas dire « vous n'allez pas avoir froid » car seul le mot « froid » est entendu. Plus tu es anxieux plus tu es perméable

## GRILLE D'ENTRETIEN N°2

**Identité de la personne ressource :**

**Niveau d'étude :** IDE depuis 24 ans

**Service :** chirurgie orthopédique

**Age :** 47 ans

A priori	Questionnement	Postérieur	
		Convergences	Divergences
Passage de la barrière cutanée, acte sur prescription, acte douloureux Prise de sang, pose d'un KT, Pansement	Pour vous, qu'est-ce qu'un soin invasif ?	Qui pénètre le corps humain. Pansement simple ou non Pansement d'escarre, d'abcès oui	Une toilette est invasive car on entre dans la bulle du patient
Existence de protocoles sur : EVA, PCA et utilisation des morphinique Protocoles établis par le CLUD Classeur de protocole dans le service	Connaissez-vous les protocoles concernant la prise en charge de la douleur mis en place dans votre service ?	Pas de protocole sur les techniques non médicamenteuses. Lien avec le CLUD en réunion, via des protocoles ou à la demande des équipes. Ils peuvent venir voir le malade individuellement	Pas de protocole. Les prescriptions sont refaites pour chaque patient. Seulement des protocoles de surveillance (PCA). Protocole établi pour la douleur seulement en soins chroniques.
Formation sur l'utilisation des antalgiques, sur les différents paliers, les différentes formes d'antalgiques (injectable, Méopa, comprimé) Formation sur le toucher massage, sur la relation pendant les soins	Y a-t-il des formations proposées aux équipes de soins sur la prise en charge de la douleur ?  Avez-vous été formée ? A votre avis, est-ce que les IDE sont assez formés sur ce sujet ? Avez-vous des chiffres ?	Formations proposées. DU douleur => retour par les IDE participantes  IDE non formée à la douleur. Formation au touché-massage il y a de nombreuses années, appliqué quand c'est possible (au moment de la toilette)	Au volontariat. Ne connaît pas les formations proposées. Des recherches sont possibles pour des formations à l'extérieur qui sont acceptées ou non
Prévenir le patient, lui expliquer le soin, administrer un traitement antalgique préventif, utilisation du Méopa, relaxation, relation de confiance...	Que mettez-vous en place pour effectuer un soin invasif chez un patient ?	Faire le soin après un antalgique. Si l'antalgique ne suffit pas, revoir les traitements médicamenteux (acupan, topalgic, morphinique)	Pas d'utilisation du MEOPA (formation à venir)

<p>Demande d'antalgique de pallier supérieur, augmentation des doses, appel du CLUD pour mise en place de nouvelles techniques antidouleurs et prise en charge psychologique Mise en place d'une relation d'aide, relation de confiance, relaxation</p> <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesquelles ?</li> <li>- Comment connaissez-vous ces méthodes ?</li> <li>- Comment vous-êtes-vous formée ?</li> <li>- Dans quels cas les utilisez-vous ?</li> </ul> <p>Si non :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi ?</li> <li>- Aimerez-vous les utiliser ?</li> </ul>	<p>Que faites-vous devant un patient douloureux, quand les traitements médicamenteux n'ont pas un effet suffisant ?</p> <p>Utilisez-vous régulièrement des techniques comme la relaxation, la sophrologie, la thermothérapie pour soulager de la douleur ?</p> <p>Qu'attendez-vous des méthodes non médicamenteuses ?</p>	<p>Se retrouve un peu bloquée sur le moment Attention à la posture du patient, mobiliser avec douceur, rassurer, les laisser se mobiliser seuls, informer le patient, dialogue, relation par le toucher. Adapter les méthodes au patient Poche de glace, le massage, la détente</p> <p>Non : ça prend beaucoup de temps, il faudrait du personnel en plus. Mais aimerait beaucoup les utiliser. Hypnose relaxation, musicothérapie, ça serait bien mais faut des moyens</p> <p>Permet de réfléchir à son soin, beaucoup de dialogue A associer avec les médicaments</p>	<p>Aimerais plus de matériel, des fauteuils adaptés</p> <p>On ne peut pas les utiliser seules, le traitement médicamenteux est indispensable</p>
---	---	---	--

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

« Ça s'appelle du professionnalisme et c'est de la conscience professionnelle »

## GRILLE D'ENTRETIEN N°3

### Identité des personnes ressources :

**Niveau d'étude :** une IDE et une psychologue

**Service :** Equipe mobile de soins palliatif/ Consultation douleur chronique

A priori	Questionnement	Postériori	
		Convergence	Divergence
Protocole Prise en charge des situations difficiles Douleur aigüe/Chronique Coté psychologique de la douleur Composition de l'équipe : médecin, IDE, psy	Pouvez-vous présenter votre rôle au sein de l'équipe mobile de douleur ?	Equipe transversale qui agit dans tous les services de l'hôpital Rôle psy : entretien dans les services, dans le local, réunions d'équipes Rôle IDE : évaluation et entretien relation d'aide Tout le monde peut faire appel à l'équipe (soignant, patient, famille...) Equipe composée de 2 médecins dont un présent 2 matinées par semaine, une IDE, une psy, une secrétaire.	Equipe mobile soins palliatifs, l'équipe douleur se centre sur la douleur chronique. Rôle IDE : plus axé sur la douleur chronique Douleur liée surtout aux maladies incurables. Si PEC sur douleur induite, c'est que le patient était suivi auparavant par l'équipe
D'abord phase médicamenteuse ou approches médicamenteuses et non médicamenteuses en parallèle Entretien	Comment se déroule une prise en charge de la douleur par l'équipe mobile ?	Réception de l'appel, premier entretien toujours en binôme en essayant d'adapter le binôme en fonction de la demande. Rencontre de l'équipe de soin en premier, puis avec le patient : se présenter, faire un état des lieux. Retour à l'équipe. Proposition d'adaptation des soins (traitement, projet, devenir,	Les médecins des services ne prescrivent pas toujours assez d'antalgiques. Ils n'évaluent pas eux même la douleur. Binôme pas toujours adapté en fonction des personnes présentes.

		information du patient) Les équipes n'ont pas toujours assez de distance pour anticiper.	
Gestion du stress, de l'anxiété. Place de l'histoire de vie dans le contexte de douleur. Place importante en parallèle des traitements. Confiance, distraction Sophrologie, hypnose, musicothérapie....	Que pensez-vous de la prise en charge non médicamenteuse de la douleur ?	En cas de douleur très importante : dialogue trop difficile. Les antalgiques sont la première chose à mettre en place. Rôle psy : évaluer l'impact de la douleur sur la vie, le sens qu'elle a, le sens de la maladie. Aider à vivre avec. Beaucoup d'inquiétude autour de la douleur. Rationnaliser les angoisses diminue la sensation de douleur par le partage. IDE propose des séances de relaxation, massage pour impacter la détente dans le corps. « A partir du moment où on peut s'autonomiser et se soulager soi-même, on reprend sa vie en main » Il faut prendre le temps d'expliquer les traitements pour qu'ils soient pris efficacement.	Pas d'effet des entretiens psy sur l'intensité de la douleur N'utilise que deux méthodes non médicamenteuses, ne connaît pas trop les autres.
Douleur chronique Douleur ne cédant pas aux traitements antalgiques  Le psychologique a un impact sur la douleur mais le traitement de la douleur en tient peut compte.	Avez-vous des demandes des infirmières concernant l'abord psychologique de la douleur ?  D'après vous, quel est leur point de vue sur l'impact psychologique de la douleur ?	Douleurs liées aux soins, douleurs induites. Appel quand une douleur est difficile à gérer  Réflexion par rapport aux composantes de la douleur. On ne peut pas scinder douleur physique et douleur morale. Les soignants ont tendance à cataloguer les patients «celui-là est	Les équipes sont conscientes de l'impact émotionnel, même trop, et parfois, mettent la douleur sur le compte de l'émotionnel sans essayer de mettre des traitements sur la douleur physique en place

		douillet ». Soignants plus sensibles que d'autre à la PEC de la douleur	
	Participez-vous à des formations sur la douleur adressées à des infirmières ?  Si oui : qu'en retirez-vous ? Si non : aimeriez-vous le faire ?	Premier de leur rôle = assurer la formation continue sur la douleur  Sujets : les composantes, retentissement psy	

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Pour utiliser les techniques non médicamenteuses, le soignant doit être intéressé par cela, être attentif aux besoins, assumer son rôle propre.

Cela demande de la maturité.

Difficulté est de se détacher de la charge de travail importante pour prendre du temps.

Remise en question personnelle. « Être capable de se mouiller dans la relation ».