

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09



Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

L'infirmière face à la douleur induite

PETIT Marina
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier
Travaux de fin d'études :
L'Infirmière face à la douleur induite

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11 Mai 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Cadre théorique	3
2.1. Les soins techniques.....	3
2.2. La douleur induite.....	3
2.2.1. <i>Définition</i>	3
2.2.2. <i>La subjectivité de la douleur</i>	4
2.2.3. <i>Une douleur influencée par de multiples facteurs</i>	5
2.2.4. <i>La relation de l'Homme à sa douleur</i>	6
2.2.4.1. <i>Une interprétation fluctuante de sa douleur</i>	6
2.2.4.2. <i>Une mémoire de la douleur</i>	6
2.2.4.3. <i>L'impact de la douleur</i>	6
2.3. L'antalgie	7
2.3.1. <i>Définition</i>	7
2.3.2. <i>Que dit la loi ?</i>	7
2.3.3. <i>Une évaluation de la douleur induite indispensable</i>	8
2.3.4. <i>De nombreuses méthodes antalgiques</i>	8
2.4. Les représentations sociales	9
2.4.1. <i>Définition</i>	9
2.4.2. <i>Nos actions guidées par nos représentations sociales</i>	10
2.4.3. <i>Représentations sociales de la douleur</i>	11
2.4.3.1. <i>Selon les religions</i>	11
2.4.3.2. <i>Selon les cultures</i>	11
2.4.3.3. <i>Selon l'époque</i>	11
2.4.3.4. <i>Dans le corps médical</i>	12
3. Dispositif méthodologique du recueil de données.....	13
4. Analyse descriptive des entretiens	14
5. Discussion.....	16
6. Conclusion	20
7. Bibliographie.....	22
8. Annexes	24

Remerciements :

Je tiens à remercier les deux infirmières qui j'ai pu interroger d'avoir pris le temps de répondre à mes questions avec précision et professionnalisme.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude envers ma référente MIRSI, qui a su me guider tout eu long de ce travail avec écoute et bienveillance.

1. Introduction

La douleur induite est l'une des préoccupations principales des soignants ces dernières années avec la volonté d'humaniser les soins. De nombreuses méthodes médicamenteuses (EMLA, MEOPA) et non médicamenteuses (communication thérapeutiques, hypnoses) se sont développées. Pourtant, elles restent encore trop peu utilisées dans les services. Dans le deuxième Plan Douleur pour 2002-2005, centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, il y est indiqué que « la douleur aiguë provoquée par les soins (piqûres, ponctions diverses, pansements d'escarres...), les traumatismes (sutures...), les explorations invasives (radiologie, endoscopie...), concerne pratiquement toutes les disciplines. Cependant, elle reste encore souvent négligée » (p.10). Il s'agira donc à travers ce mémoire d'initiation à la recherche d'étudier la place que donne les infirmières à la douleur induite par leurs soins.

Lors de mes stages j'ai pu réaliser à plusieurs reprises des soins pouvant être douloureux pour le patient (réfection de pansement, prise de sang, pose de perfusion, injection sous cutanée), et j'appréhende parfois ses soins par peur de faire mal. Lors de mon stage en pédiatrie, j'ai pu utiliser différentes méthodes pour limiter la douleur induite lors des soins (patch d'Emla, MEOPA, lingette alcoolisée pour décoller les pansements). Je me suis donc demandé pour quelles raisons ces méthodes sont beaucoup plus répandues dans les services de pédiatries que dans les services d'adultes.

J'ai rencontré ma première situation lors de mon stage en Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique. Je m'occupe de Mme P, hospitalisée pour mise en place d'un protocole pansement sur des escarres de stade 4. C'est une dame âgée qui a des escarres de stade 4 aux talons et au sacrum qui sont douloureux pour elle. De la morphine en per os a été débutée à son arrivée, cela la soulage au quotidien. Cependant, aucune méthode antalgique n'est mise en place en complément lors de la réfection des pansements, elle est donc très douloureuse lors de la réfection des pansements. Lorsque je me présente à elle pour la réalisation du soin, elle souffle mais accepte malgré tout le soin. Pendant le soin, elle gémit et exprime une douleur importante lors de détersion. Ainsi, je n'ose pas gratter suffisamment pour réaliser une détersion complète de peur de lui faire mal. J'ai ainsi la sensation de ne pas avoir pu réaliser mon soin correctement, et me sens coupable d'avoir pu induire une douleur alors que mon objectif est de soigner. J'en discute alors avec les infirmières qui me répondent qu'on n'a pas de prescription complémentaire et que c'est une douleur nécessaire pour la guérison.

Ma deuxième situation a lieu pendant mon stage en chirurgie pédiatrique. Je m'occupe d'un garçon de 12 ans, hospitalisé pour une infection sur un ongle incarné. Pour limiter la douleur lors de la réfection du pansement une dose de Nalbuphine est prescrite une heure

avant la réalisation du soin. Pendant la réfection du pansement, le garçon peut également utiliser le masque avec du MEOPA s'il trouve le soin trop douloureux ou s'il est trop anxieux. Le garçon part alors dans son imagination et ne se préoccupe plus du soin que je suis en train de faire. Je peux alors laver la plaie et insérer une mèche sans aucune réaction de sa part. Cela me permet de réaliser le soin de manière sereine pour lui et pour moi.

Suite à ces deux situations, je me suis posée plusieurs questions :

- Pourquoi les méthodes de gestion de la douleur induite sont automatiques dans les services de pédiatries, alors qu'elles ne sont même pas proposées pour les adultes ?
- Pourquoi apporte-t-on plus d'importance à la gestion de la douleur chez l'enfant que chez l'adulte ?
- Quelles représentations à la société de la douleur chez l'adulte ?
- En quoi la gestion de la douleur lors d'un soin peut être un critère de qualité d'un soin ?
- En quoi le fait d'induire la douleur via un soin peut provoquer un sentiment de culpabilité et de non prendre soin pour le soignant ?
- La communication et les mots employés lors de la réalisation du soin peuvent-ils avoir un impact sur le ressenti de la douleur ?
- Quelle est la différence d'action entre les traitements de fond de la douleur et les traitements de crise ?
- Le ressenti et l'évaluation de la douleur sont-ils les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte ?
- La mémoire de la douleur est-elle différente chez les enfants et chez les adultes ?

Ainsi la question de départ de ce travail de recherche est la suivante : en quoi les représentations de l'infirmière peuvent influencer sa gestion de la douleur induite lors des soins techniques ? Pour éclairer cette problématique, il sera réalisé une étude des représentations des soignants sur la douleur induite, et des facteurs qui peuvent influencer ses représentations (service d'exercice, formation, expériences vécus). Afin de comprendre par la suite comment ces représentations influencent les comportements des infirmières face à la douleur induite.

Dans un premier temps, afin d'éclairer la question de départ, une étude des différents points de vue de plusieurs auteurs sera réalisée. Puis dans un deuxième temps, nous interrogerons des professionnels du terrain pour avoir leur point de vue. Afin nous nous ferons une analyse comparative entre les auteurs et les professionnels de terrains.

2. Cadre théorique

2.1. Les soins techniques

Dans l'exercice infirmier de nombreux soins peuvent être réalisés. Pour Malaquin-Pavan (2010) les soins techniques sont « ceux qui nécessitent une effraction cutanée, une intrusion dans un orifice naturel, une palpation ou une installation particulière pour être réalisés. » (p.162). Il les différencie des soins de nursing qui sont selon lui « ceux qui sont dépendants du degré d'autonomie et des niveaux de suppléance requis dans la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne soignée, complexifiés par les handicaps ou traumatismes physiques, la cachexie ou l'obésité, la charge émotionnelle liée à l'intrusion dans l'intimité de l'autre » (p.162).

2.2. La douleur induite

2.2.1. Définition

Ces soins techniques sont souvent susceptibles de provoquer une douleur. Tout d'abord, d'après Benhamou-Jantelet (2012) la douleur est définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnel désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion » (p159). Avec le temps, plus les soignants se préoccupaient de cette douleur liée aux soins, plus il parut nécessaire de définir les différents types de douleurs engendrées par les soins : douleur provoquée, douleur iatrogène, douleur induite. Fletcher (2010) définit la douleur provoquée comme « une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur » (p.10), il précise que cette douleur provoquée permet d'identifier des signes cliniques lors de l'examen clinique. Fletcher (2010) indique que la douleur iatrogène est « une douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises » (p.10). Ensuite, Fletcher (2010) nomme douleur induite toute « douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées » (p.10), il ajoute qu'elle est « associée à un geste ou un soin qui doivent être réalisés pour le bien d'un patient. Wanquet-Thibault (2015) définit ces différents types de douleur de la même manière, cependant pour elle le terme de douleur induite prend seulement en considération les soins réalisés par le médecin. Ainsi elle introduit le terme de douleur liée aux soins pour caractériser la douleur pouvant être provoquée par l'ensemble des soins réalisés par les soignants. Elle identifie alors trois types de douleurs :

- « les douleurs liées aux actes ou gestes techniques « invasifs » ou « intrusifs » nécessitant l'introduction d'un matériel (aiguille, sonde, etc.) dans le corps du patient par un orifice naturel ou par effraction (peau, muqueuse, etc.) » (p.3)
- « les douleurs liées à tous les actes quotidiens réalisés par les infirmiers et auxiliaires médicaux pour répondre aux besoins fondamentaux du patient » (p.3)
- « les douleurs liées aux traitements, aux suites opératoires, à la radiothérapie, etc. » (p.3)

Dans un deuxième temps, les auteurs donnent des explications sur le processus physiologique de ces douleurs engendrées par les soins. Wanquet-Thibault (2015) explique que ces actes provoquent une douleur aiguë par excès de nociception. Cela signifie que lorsqu'on réalise un soin qui induit une effraction de la peau, des muqueuses ou des organes ; les terminaisons nerveuses contenues dans ces tissus envoient un message d'alerte au système nerveux central. Celui-ci va donc renvoyer un message en retour afin d'éviter le danger. Elle précise qu'afin de soulager et prévenir ces douleurs l'objectif est d'empêcher la perception du message nerveux douloureux par le système nerveux central. Fletcher (2010) quant à lui montre que la douleur est provoquée par une inflammation en réponse à un traumatisme tissulaire, c'est cette inflammation qui va provoquer une stimulation du système nerveux périphérique puis du système nerveux central. Il expose deux composantes physiologiques de la douleur induite :

- la composante nociceptive qui correspond à la stimulation des nocicepteurs sur le site de la lésion tissulaire
- la composante hyperalgésique qui correspond à une augmentation de la sensibilité liée à l'activation des nocicepteurs et donc une sensibilité accrue à la douleur

Wanquet-Thibault (2015) détermine quatre composantes de la douleur :

- la composante sensori-discriminative qui signifie que le patient est capable de décrire quantitativement et qualitativement sa douleur
- la composante affectivo-émotionnelle qui correspond au retentissement émotionnel de la douleur chez le patient
- la composante cognitive qui est la capacité du patient à comprendre sa douleur, elle dépend de l'âge et des capacités cognitives du patient
- la composante comportementale qui correspond à la réaction corporelle du patient, à l'adaptation du corps à la douleur (mise en place de positions antalgiques)

2.2.2. La subjectivité de la douleur

Ces 4 composantes de la douleur, centrées sur le ressenti et la compréhension de celle-ci par le patient, font appel au concept de la subjectivité. Dans le dictionnaire Larousse, l'adjectif subjectif « se dit de ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité

de chacun »ou encore « se dit d'une manifestation morbide qui n'est perçue que par le malade tel que la douleur ». En effet d'après, Cavro (2007) : « Que l'on soit psychologue, médecin ou infirmière, nous ne pouvons ressentir ni imaginer la douleur de l'autre ». Il ajoute même qu'il est inutile de dire au patient « je sais ce que vous ressentez » et que cette phrase peut avoir un effet néfaste dans la relation soignant-soigné puisqu'elle est l'expression du malaise du soignant face au patient douloureux et dénouée de ce fait de toute empathie. Lebreton (2006) quant à lui explique que « Le ressenti de la douleur, partiellement repérable à travers les connaissances des sciences humaines, les témoignages littéraires, et surtout ceux des malades ou des blessés, est d'abord un fait personnel et intime qui échappe à toute mesure, à toute tentative de le cerner et de le décrire, à tout volonté de dire à l'autre son intensité et sa nature » (p38-39). Il résume la subjectivité de la douleur en disant : « elle ne se prouve pas, elle s'éprouve » (p41).

2.2.3. Une douleur influencée par de multiples facteurs

De nombreux facteurs pouvant influencer la résistance du patient à douleur sont cités par Malaquin-Pavan (2010) et Wanquet-Thibault (2015) :

- la nature du soin et la partie du corps concernée
- le lien entre le patient et le soignant, le soignant cherche à créer un lien de confiance avec le patient
- la durée et la répétition du soin
- l'ancienneté de la maladie et des soins associés ainsi que son évolution
- les antécédants de soins douloureux déjà vécus
- l'âge de la personne et son degré de fatigue
- la compréhension de la raison du soin
- les croyances du patient dans les thérapeutiques proposées
- la représentation que le patient a du soin
- l'état psychologique de la personne (anxiété, peur, dépression, lâcher-prise...)
- l'environnement dans lequel le soin se déroule (calme, agité, bruyant, habituel, nouveau...)
- la maîtrise technique du soin par le soignant
- l'organisation des soins
- la connaissance des thérapeutiques et méthodes antalgiques par le soignant

Malaquin-Pavan (2010) parle également d'« un décalage entre le rythme soignant, extrêmement rapide, et la vacuité du temps de l'entre soin pour le patient » (p.163) car effectivement le soignant ayant plusieurs soins à réaliser doit aller vite, tandis que le patient passe sa journée à attendre parfois seul dans sa chambre le moment du soin, le soignant et le patient ne sont donc pas dans la même temporalité. Wanquet-Thibault (2015) classe ces

facteurs selon quatre catégories : les facteurs liés au patient, les facteurs liés au soignant, les facteurs liés à l'environnement, les facteurs liés au soin. Dans les facteurs liés à l'environnement, il ajoute les facteurs suivants : « connaissance du cadre de déroulement du soin » (p12) (connaissance du service et du déroulé du soin), et le « moment de réalisation du soin » (p.13). En effet les soins réalisés la nuit sont généralement plus douloureux car le patient se sent seul et plus anxieux.

2.2.4. La relation de l'Homme à sa douleur

2.2.4.1. Une interprétation fluctuante de sa douleur

D'après Le Breton (2006), « la douleur n'est pas un fait biologiquement brut, mais reçoit toujours l'empreinte de la signification que l'homme lui donne » (p79). En effet, l'intensité de la douleur ressentie dépend de la signification que l'homme donne à cette douleur. Ainsi, lorsqu'il sait qu'un soin est nécessaire pour guérir d'une maladie, il le supportera plus facilement que si cette douleur lui est imposée par un soin dont il ne voit pas l'intérêt.

2.2.4.2. Une mémoire de la douleur

Pour plusieurs auteurs, il existe une mémoire de la douleur. Selon Fletcher (2010), les enfants ayant été exposés à une douleur induite de manière répétée et/ou sans analgésie garde une hyperalgésie séquellaire et ont donc une réponse douloureuse plus importante lorsqu'ils subissent à nouveau un soin pouvant induire une douleur. La mémorisation de la douleur est d'autant plus importante si l'exposition à la douleur a lieu pendant la période néonatale. Il explique également que la répétition d'une inflammation sur le même site à seulement quelques jours d'intervalle augmente la sensation douloureuse. Wanquet-Thibault (2015) identifie deux types de mémoire de la douleur : la mémoire implicite (« souvenirs intégrés par le corps et le cerveau, mais que l'individu n'est pas en mesure de raconter » (p.6)) et la mémoire explicite (« souvenirs dits, conscients, ceux que l'individu est capable de raconter » (p.7)). Elle ajoute que la composante émotionnelle est plus importante que la composante sensorielle, c'est pour cela que « plus l'émotion est forte et plus le souvenir conscient reste en mémoire » (p.7).

2.2.4.3. L'impact de la douleur

Enfin, les auteurs s'accordent à dire que cette douleur induite peut avoir des conséquences pour le patient. D'après Malaquin-Pavan (2010), si la douleur induite n'est pas prise en compte par les soignants, elle provoque un sentiment d'impuissance chez le patient qui pourra se manifester par de l'agressivité ou une opposition aux soins. Wanquet-Thibault (2015) complète en expliquant qu'à court terme la douleur induite non soulagée peut provoquer de la fatigue, et des modifications physiologiques comme une modification de la fréquence cardiaque et

respiratoire, une variation de la tension artérielle, une baisse de l'immunité et des malaises. Selon elle, à long terme elle peut engendrer un épuisement du patient, un éloignement du patient du système de santé et une réalisation des soins moins rigoureuse de la part des soignants qui veulent aller vite pour ne pas faire mal. Legenne (2018) parle également d'un retentissement sur la qualité de vie du patient tout comme sur son adhésion aux soins. Elle ajoute que cette douleur induite peut avoir des effets sur la relation soignant-soigné ; et qu'elle peut provoquer de l'insatisfaction, de la culpabilité, des mécanismes de défense de minimisation de la douleur chez le soignant.

2.3. L'antalgie

2.3.1. Définition

Dans le Larousse l'antalgie est définie comme une « abolition ou atténuation sélective de la perception douloureuse ». Etant donné que la douleur induite est une douleur prévisible, c'est une antalgie préventive qu'il serait préférable de mettre en place. La prévention est définie dans le Larousse comme un « ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme ». D'après Duchène (2011), la mise en place d'une antalgie nécessite de prendre en compte la cause de la douleur, son mécanisme, sa durée et son intensité ; les caractéristiques du patient (âge, pathologies associées) ; le vécu du patient (expériences antérieures), l'environnement et enfin les ressources à disposition.

2.3.2. Que dit la loi ?

D'après la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, il est indiqué dans l'article L.1110-5 du Code de la santé publique 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 » ; de plus d'après l'article L1112-4 : « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent »

Concernant les obligations des professionnels de santé, d'après l'article 37 du Code de déontologie médicale : « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement ». Pour les infirmiers, l'article R.4312-19 du code de déontologie des infirmiers indique qu' « En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le

devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur. »

2.3.3. Une évaluation de la douleur induite indispensable

Afin de mettre en place les méthodes antalgiques les plus adaptées, l'infirmière se doit d'évaluer systématiquement la douleur induite par les soins qu'elle réalise. Wanquet-Thibault (2015) explique que la douleur induite doit être évaluée avant, pendant et après le soin. L'évaluation de la douleur avant le soin permet d'identifier les douleurs déjà présentes n'ayant pas de lien direct avec le soin. L'évaluation de la douleur pendant le soin permet d'apprécier l'efficacité de l'antalgie en place. Enfin l'évaluation de la douleur après le soin permet parfois de mettre en lumière une douleur ayant pu passer inaperçue par le soignant pendant le soin. Elle ajoute que « pour chaque personne devant bénéficier d'un soin, douloureux ou potentiellement douloureux, le soignant doit se poser la question du type d'évaluation ». En effet, elle doit être adaptée à l'âge et aux capacités de compréhension et d'expression du patient. Ainsi, elle explique que des outils d'auto-évaluation (Echelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple, échelle des visages) et d'hétéro-évaluation (échelle de douleur et d'inconfort chez le nouveau-né, évaluation douleur enfant, Algoplus) peuvent être utilisés. Elle parle également d'un outil d'évaluation fondé sur la silhouette qui permet de différencier les évaluations lorsqu'il existe plusieurs sites de douleur (sonde, plaie opératoire, escarre). Malaquin-Pavan (2010) ajoute que l'évaluation de la douleur doit être à la fois quantitative et qualitative. Ainsi, il est important d'aider le patient à poser des mots pour qualifier cette douleur et exprimer ce ressenti afin de comprendre au mieux sa douleur. De plus, selon lui, « outre la connaissance des principes de l'évaluation clinique et de la mesure de l'intensité de la douleur, il est fondamental que les soignants d'une même équipe utilisent pour un même patient une démarche d'évaluation identique et s'accordent sur les supports de transmissions » (p164-165). Enfin, d'après Wanquet-Thibault (2015), lorsque les soins douloureux doivent être répétés, il peut également être utile d'évaluer d'autres paramètres tel que la peur, l'anxiété, l'angoisse, l'incidence sur la qualité de vie afin de comprendre le retentissement de la douleur sur le quotidien du patient.

2.3.4. De nombreuses méthodes antalgiques

Wanquet-Thibault (2015) identifie des méthodes non médicamenteuses et des méthodes pharmacologiques.

Pour elle, les méthodes non médicamenteuses comprennent des moyens physiques et physiologie, des méthodes cognitivo-comportementales et des pratiques psychocorporelles. Les moyens physiques et physiologiques sont le toucher et le gate control qui consiste par exemple à réaliser une petite tape sur la zone d'injection juste avant de piquer. « Sur le plan

physiologique, ce comportement permet le blocage du message douloureux, transmis au cerveau par des fibres de petit calibre, par le message lié au frottement, transmis par des fibres de gros calibre. Elle nous explique également que chez le nourrisson il a été prouvé que, la solution sucrée associée à la succion permet de soulager la douleur aiguë. Elle nous parle ensuite des méthodes cognitivo-comportementales qui passent principalement par l'information du patient avant, pendant et après le soin et par l'écoute des connaissances et du ressenti du patient. Enfin, les pratiques psychocorporelles correspondent à l'hypnose et ses dérivés tel que la distraction et la sophrologie.

Elle nous présente ensuite les méthodes pharmacologiques. Là encore, il faut distinguer les moyens locaux et les moyens généraux. Les moyens locaux se rapportent aux crèmes analgésiantes tel que l'EMLA® ou ANESDERM® Gé qui permettent une analgésie de la peau et des muqueuses ; et à la Xylocaïne qui est indiquée lors de la réfection des pansements et lors de la pose d'une sonde urinaire ou d'une sonde nasogastrique. Les moyens généraux correspondent à l'utilisation du MEOPA, du Néfopam de la Nalbuphine ou encore des morphiniques.

Wanquet-Thibault (2015) ajoute que la gestion de la douleur « relève le plus souvent d'un traitement multimodal, c'est-à-dire de l'association d'un ensemble de moyens, qu'ils soient médicamenteux et non médicamenteux » (p.125).

Selon Legenne (2018) l'utilisation de moyens médicamenteux et non médicamenteux est également nécessaire à la prise en charge de la douleur induite. Elle insiste sur le fait que « la parole est l'outil indispensable au service de la relation et du soin » (p.107). Elle précise que l'administration d'antalgiques de palier I et II est rarement suffisante, il est souvent nécessaire d'administrer des antalgiques de palier III à libération immédiate et de manière anticipée par rapport au soin.

2.4. Les représentations sociales

2.4.1. Définition

Flament et Rouquette (2003) définissent une représentation sociale comme « un ensemble de connaissances, d'attitudes et de croyances concernant un objet donné », « elle comprend en effet des savoirs, des prises de position, des applications de valeurs, des prescriptions normatives » (p.13). Ils ajoutent que les éléments d'une représentation sociales diffèrent selon le contexte, les caractéristiques de la population, les variations inter-individuelles. On peut alors distinguer pour chaque représentation sociale des éléments centraux et des éléments périphériques : les éléments centraux étant ceux commun à tous les individus d'un groupe et les éléments périphériques peuvent varier d'un individu à l'autre selon

le contexte. De plus, la création et la diffusion des représentations sociales se fait grâce aux discussions entre les individus. Moscovici (2003), quant à lui, définit la représentation sociale comme des « Images qui condensent un ensemble de significations ; systèmes de référence qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu ; catégories qui servent à classer les circonstances, les phénomènes, les individus auxquels nous avons affaire ; théories qui permettent de statuer sur eux. Une manière d'interpréter et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale ». Il explique également que cette connaissance sociale se forme grâce aux expériences vécu par les individus, mais aussi grâce aux informations et savoirs qui se transmettent entre les individus par la tradition, l'éducation, la communication sociale. D'après Abric (2011), la signification d'une représentation sociale diffère selon des facteurs spécifiques à une situation donnée : nature et contraintes de la situation, contexte immédiat, finalité de la situation et des facteurs plus généraux : contexte social et idéologique, place de l'individu dans l'organisation sociale, histoire de l'individu, enjeux sociaux.

2.4.2. Nos actions guidées par nos représentations sociales

D'après Moscovici (2003), les représentations sociales sont des schémas mentaux qui orientent la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social. Il explique que « les représentations sociales ont une double fonction : rendre l'étrange familier et l'invisible perceptible. Ce qui est inconnu ou insolite comporte une menace parce que nous n'avons pas de catégorie où le ranger ». Selon Abric (2011), la représentation sociale « régit les relations des individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales ». Elle permet à l'individu ou au groupe « de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ». Abric (2011) détermine quatre fonctions des représentations sociales :

- Une fonction de savoir car elles permettent aux individus d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent, afin de comprendre et d'expliquer la réalité
- Une fonction identitaire qui définit l'identité spécifique d'un groupe et qui situe les individus et les groupes dans le champ social
- Une fonction d'orientation afin de guider les comportements et les pratiques, elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné
- Une fonction justificatrice qui permet a posteriori de justifier les prises de position et les comportements.

2.4.3. Représentations sociales de la douleur

D'après Le breton (2006), « même si le seuil de sensibilité est proche pour l'ensemble des sociétés humaines, le seuil dolorifère auquel réagit l'individu et l'attitude qu'il adopte dès lors sont liés essentiellement au tissu social et culturel » (p110).

2.4.3.1. Selon les religions

Le Breton (2006) nous explique que la signification donnée à la douleur par une personne peut dépendre en partie de la religion qu'elle pratique. Ainsi, dans la religion chrétienne, le mal et la douleur sont considérés comme la conséquence d'une faute commise en vers Dieu, c'est que l'Homme s'est détourné de Dieu et n'a pas respecté ses lois. L'Homme se doit alors d'accepter la douleur comme son châtiment, il n'est pas en capacité de contredire la volonté de Dieu. De plus, la souffrance vécue par l'Homme est un rappel de ce que Dieu a vécu sur la croix. La douleur est donc un moyen de se rapprocher de Dieu. A l'inverse, dans la religion juive, la douleur n'est pas considérée comme un moyen pour se rapprocher de Dieu. Ainsi, L'Homme a le droit de se révolter, de se plaindre s'il a l'impression de souffrir injustement, et de demander à Dieu de mettre fin à sa souffrance en le rappelant auprès de lui. Dans la religion musulmane la douleur est considérée comme une épreuve donnée par Dieu pour voir l'étendu de sa foi. L'Homme doit s'en remettre au destin que lui prédit Dieu sans jamais s'en détourner.

2.4.3.2. Selon les cultures

D'après Le Breton (2006), selon la culture de différentes infirmières pour les mêmes symptômes et même soins prodigués l'évaluation de la quantité de douleur sera plus ou moins importante. Moscovici (2003) nomme différents facteurs culturels pouvant influencer l'évaluation de la douleur par l'individu : « cultures régionales, et locales, rurales et urbaines, différences de génération, de sexe, et surtout condition de classe des individus ». Il précise que même si l'objectif principal du corps médical est de soigner le patient tout en respectant ses valeurs, une connaissance parfaite de sa culture n'est pas nécessaire car elle risquerait d'enfermer le patient dans une vision globale de son groupe d'appartenance.

2.4.3.3. Selon l'époque

Selon Malaquin-Pavan (2010) : « Jusqu'au milieu du XIXème siècle, la douleur induite était considérée comme le prix à payer pour obtenir la guérison. Les injonctions paradoxales judéo-chrétiennes telles que « tu enfanteras dans la douleur » laissaient notre mondanité bien désarmée ». Wanquet-Thibault (2015) précise que c'est à la fin XXème siècle que les soignants commencent à s'intéresser à la douleur liée aux soins. Elle explique que cette préoccupation tardive est liée à l'évolution importante des techniques de médecine, qui ont

permis une augmentation de l'espérance de vie accompagnée d'une augmentation des soins sur une longue période. Elle ajoute que la réflexion au tour de la douleur a commencé dans les années 1980 en pédiatrie. Elle s'est ensuite progressivement diffusée chez les personnes âgées, puis lentement et de façon inégale selon les secteurs d'activité à l'ensemble des patients. Enfin, elle dit qu' « à la fin des années 1990, dans le courant d'humanisation des pratiques soignantes, la douleur devient un sujet prioritaire pour l'ensemble du personnel soignant, en particulier en milieu institutionnel » (p45).

2.4.3.4. Dans le corps médical

Peoc'h, Lopez et Castes (2007) ont réalisé une étude sur les représentations des soignants sur la gestion de la douleur. Elles ont remarqué que deux approches se distinguaient : « L'une centrée sur l'agir, la prise de distance émotionnelle, l'opérationnalisation technique, en intégrant la prise en charge de la douleur dans une visée techniciste. L'autre centrée sur le désire et la volonté de « prendre soin » de la personne soignée dans une visée humaniste et existentialiste, en intégrant « la douleur induite par les soins » dans une prise en charge relationnelle centrée sur le confort, l'écoute, l'humanité » (p.92-93). La première approche plus centrée sur l'aspect technique de la gestion de la douleur se retrouve principalement chez les médecins et les infirmiers travaillant principalement aux urgences. Tandis que, la deuxième approche plus centrée sur une gestion de la douleur par le relationnel se retrouve plus chez les aides-soignants et les infirmiers travaillant en gériatrie, en pédiatrie ou en réanimation.

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de savoir si ces données bibliographiques correspondent avec les avis des professionnels de terrain ; Il s'agit alors de réaliser un recueil de données auprès de ceux-ci. Ces entretiens permettront dans un premier temps d'identifier les représentations des infirmières sur la douleur induite ; puis d'identifier ce qui caractérise un soin douloureux selon elles ; enfin de comprendre leurs réactions face à la douleur induite.

Je tenais à interviewer une infirmière ayant réalisé un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur mais je n'en connaissais pas dans mon entourage. J'ai donc obtenu le contact d'une infirmière en chirurgie vasculaire via l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Elle a réalisé un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur en 2013 et une formation sur la communication thérapeutique et l'hypnose en 2017. Ayant posé ma question de départ suite à la comparaison que j'ai pu faire entre mes stages dans les services adultes et mon stage en chirurgie pédiatrique. Je trouvais intéressant d'analyser les réponses d'une infirmière travaillant au près des adultes et d'une infirmière travaillant au près des enfants. La deuxième infirmière est donc une infirmière puéricultrice faisant partie de mon entourage familial. Elle travaille dans l'unité kangourou d'une maternité. Elle n'a pas de formation particulière en lien avec la douleur mais elle fait partie depuis peu du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) du CHU où elle exerce.

J'ai pris contact avec l'infirmière en chirurgie vasculaire, afin de convenir ensemble d'une date et d'une heure pour réaliser l'entretien. Nous avons donc pu réaliser l'interview dans le service de chirurgie vasculaire dans une salle à part, après sa journée de travail. Pour l'infirmière puéricultrice, il m'était impossible de la rencontrer en personne étant donné qu'elle vit à l'île de la Réunion. Nous avons donc convenu un moment pour réaliser un entretien téléphonique. J'ai enregistré les deux interviews grâce à la fonction d'enregistrement de mon téléphone.

4. Analyse descriptive des entretiens

Le premier objectif était d'identifier les représentations des infirmières sur la douleur.

Les infirmières font un lien important entre la douleur induite et les soins qu'elles réalisent. Une des infirmières ajoute que cette douleur induite est en quelque sorte une douleur prescrite et voulue puisqu'elle est liée aux soins qui sont nécessaires pour le traitement.

Les infirmières exposent plusieurs facteurs pouvant influencer le ressenti de la douleur par le patient, appartenant à des catégories différentes. Les infirmières notent d'abord l'influence des facteurs liés au patient. Ils se traduisent de différentes façons, premièrement l'état d'esprit du patient au moment du soin. L'infirmière en chirurgie vasculaire explique que « l'anxiété majore les douleurs », et l'infirmière puéricultrice parle du stress. Elles abordent ensuite les idées préconçues que le patient a du soin, liées à la mémorisation du soin s'il est répété, ou à l'écoute de l'expérience vécue par un proche. L'infirmière puéricultrice parle également de la tolérance à la douleur qui est propre à chacun, elle dit : « pour moi on n'est pas tous égaux face à la douleur, on ne peut pas gérer tous de la même manière ».

Les infirmières insistent également sur les facteurs liés au soignant. Pour elles la présentation du soin va avoir par la suite une influence sur le ressenti de la douleur. L'infirmière en chirurgie vasculaire précise que cette explication du soin doit se faire en évitant certain mot qui peuvent induire la douleur comme « piquer », « couper la fibrine ». Elle ajoute que le patient « ne va pas entendre la négation donc si on dit vous n'aurez pas mal, il aura mal ». Elle parle également de l'importance de l'attitude du soignant et qu'il faut donc faire attention au langage non verbale et développer la communication avec le patient. Elle complète en précisant l'importance de l'administration suffisante des antalgiques avant le soin.

L'infirmière puéricultrice parle également des facteurs liés à l'environnement comme le stress des parents dans le cas de la prise en soin d'un enfant.

Selon l'infirmière en chirurgie vasculaire la nature du soin va également jouer sur le ressenti de la douleur induite.

Le deuxième objectif était d'identifier ce qui caractérise un soin douloureux d'après les infirmières. Ainsi pour les infirmières, les soins qui peuvent induire une douleur sont tout d'abord ceux qui nécessitent d'introduire quelque chose dans le corps comme une aiguille pour la réalisation d'un prélèvement ou encore une sonde d'alimentation. L'infirmière travaillant en chirurgie vasculaire parle également des soins qui consistent à l'inverse de retirer quelque chose du corps comme l'ablation d'un Redon ou une détersion sur une plaie. Les infirmières s'accordent à dire que la douleur induite provient du côté invasif du soin.

Enfin le troisième objectif était de comprendre la réaction des infirmières face à la douleur induite par leurs soins.

Afin d'évaluer la douleur induite les infirmières utilisent des méthodes d'hétéroévaluation et d'autoévaluation selon les capacités d'expression du patient. L'infirmière en maternité utilise principalement l'échelle d'EDIN qui est une échelle comportementale puisque les bébés ne sont pas en capacité d'exprimer leur douleur avec des mots. L'infirmière en chirurgie vasculaire quant à elle emploie majoritairement l'auto-évaluation avec l'échelle numérique mais comme elle trouve cette échelle trop subjective, elle utilise également l'échelle verbale simple. Cependant, lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa douleur à cause de la barrière de la langue par exemple, il lui arrive d'avoir recours à l'échelle d'hétéroévaluation Algoplus. Elle se sert également de l'échelle neuropathique pour distinguer la douleur induite par le soin et les douleurs de membres fantômes chez les patients amputés.

Elles exposent ensuite différentes méthodes afin de réduire cette douleur induite. L'infirmière en maternité indique que « la première chose, c'est de se mettre en condition dans l'environnement ». Afin de soulager la douleur aiguë du bébé, elle explique que la grande méthode « c'est le saccharose associé à la succion quel qu'elle soit ». Elle utilise donc très peu les méthodes médicamenteuses tel que l'EMLA. L'infirmière en chirurgie vasculaire a quant à elle souvent recours à l'association à la fois des méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses. Pour elle, l'utilisation des anesthésiant locaux est primordial lors de la réfection des pansements. Cependant, étant formée à la communication thérapeutique et à l'hypnose, elle va également utiliser ces méthodes non médicamenteuses. Elle insiste également sur l'importance de la présence de l'infirmière pendant le soin : « simplement être là, la présence, leur dire qu'on est là tout simplement c'est très important » et précise qu'« il faut rassurer le patient, valider l'inconfort du patient, sa douleur ». On peut remarquer que les deux infirmières se tournent facilement vers des méthodes non médicamenteuses pour soulager la douleur qu'elles peuvent induire par leurs soins aux patients.

5. Discussion

Pour moi ce qui caractérise un soin douloureux, c'est le côté invasif du soin ; le fait de pénétrer dans le corps par le biais d'une aiguille par exemple ou d'aller retirer quelque chose comme lors d'une détersion de plaie. C'est également cette caractéristique qui est mise en avant par les infirmières interrogées. Cela s'explique au niveau biologique puisque d'après Wanquet-Thibault (2015) et Fletcher (2010), c'est bien l'intrusion à travers la peau ou un organe qui va provoquer une stimulation du système nerveux périphérique puis du système nerveux central.

Cette douleur induite n'a pas la même signification pour tout le monde. Moscovici (2003) explique que chaque représentation est composée d'éléments centraux reconnus par tous les membres du groupe et des éléments périphériques variant selon les individus. Les deux infirmières interrogées font ici un lien direct entre la douleur induite et les soins qu'elles réalisent auprès des patients. De plus, d'après elles, il existe bien plusieurs facteurs d'ordres différents pouvant influencer cette douleur induite : liés au patient, liés au soignant réalisant l'acte, liés à l'environnement et enfin liés au soin en lui-même. Pour les facteurs liés au soignant, elles insistent toutes les deux sur la communication établie avec le patient et l'importance d'expliquer le soin. En revanche seule l'infirmière travaillant en chirurgie vasculaire cite l'administration d'une antalgie suffisante. Cependant par la suite, l'infirmière puéricultrice explique qu'aucune méthode antalgique médicamenteuse ne soit vraiment efficaces chez les bébés et que la méthode la plus efficace est la succion associée à du sucre. Pour les facteurs liés au patient, les deux infirmières s'accordent à dire que l'état d'esprit du patient va avoir une incidence sur le ressenti de la douleur par le patient. En effet si le patient est anxieux ou stressé, il est possible qu'il soit moins tolérant à la douleur. De plus les deux infirmières expliquent que les idées préconçues du soin vont influencer le ressenti de la douleur. Cependant, l'infirmière en chirurgie vasculaire parle des idées préconçues liées à la répétition et la mémorisation du soin puisqu'elle travaille avec des adultes capables de se souvenir qu'ils ont déjà eu ce soin la veille et qu'ils ont pu ressentir une douleur ; tandis que l'infirmière puéricultrice parle des idées préconçues liées aux expériences de l'entourage du patient étant donné qu'elle travaille avec des enfants, ils n'ont pas forcément déjà expérimenté les soins dans leur vie et ont plutôt tendance à avoir entendu l'expérience de leurs proches. Seule l'infirmière puéricultrice aborde les facteurs liés à l'environnement en parlant du stress des parents présents pendant le soin. Effectivement, la présence des parents pendant le soin est normale dans les services de pédiatrie alors que chez les adultes il est généralement demandé aux proches de sortir de la chambre le temps du soin. Ces interviews montrent que les représentations des facteurs influençant la douleur induite varient en fonction du public auprès duquel les infirmières exercent. D'autres facteurs mis en lumière par les auteurs ne

sont pas cités par les infirmières ; ce sont principalement des facteurs remettant en question leur pratique et leur organisation en tant qu'infirmière comme la maîtrise du soin par le soignant, le décalage de rythme entre le patient et le soignant et le moment de réalisation du soin.

Un autre facteur qui n'a pas été cité par les infirmières mais qui m'a particulièrement interpellée, c'est la mémorisation de la douleur pendant la période néonatale. En effet, Fletcher (2010) explique que les enfants ayant été exposés à une douleur induite de manière répétée et/ou sans analgésie garde une hyperalgésie séquellaire ; qui est d'autant plus important si l'exposition a lieu lors de la période néonatale. Wanquet-Thibault parle d'une douleur implicite qui correspond à des « souvenirs intégrés par le corps et le cerveau, mais que l'individu n'est pas en mesure de raconter ». Cela signifie qu'un patient ayant eu des soins douloureux pendant sa période néonatale est susceptible d'être plus sensible à la douleur sans vraiment pouvoir expliquer pourquoi. Je n'avais pas connaissance qu'il existait une mémoire implicite de la douleur, cette caractéristique de la douleur n'a jamais été abordé au cours de ma formation et ni au cours de la formation des infirmières interrogées je suppose puisqu'elle n'en parle pas du tout.

Les deux infirmières ayant pu identifier plusieurs facteurs et ce qui caractérise un soin douloureux ; cela signifierai donc pour elles qu'il est possible de prévoir si un soin peut induire une douleur et quels sont les facteurs qui vont influencer le ressenti de cette douleur. Effectivement, les auteurs insistent sur le fait que la douleur induite est une douleur prévisible et qu'elle peut donc être prévenue. C'est justement parce que peu de méthodes antalgiques étaient mises en place dans les services où j'ai pu être en stage alors que la douleur induite est prévisible, que j'ai été interpellée. En effet, lorsque j'en discutai avec les infirmières, elles ont souvent conscience que les soins qu'elles réalisent peuvent induire une douleur ; cependant étant donné qu'elles n'ont pas l'habitude d'utiliser quelconques méthodes antalgiques, cette douleur leur semblaient normale et nécessaire pour la prise en soin. Ceci amène à penser qu'il est important de s'interroger sur la douleur induite par les soins infirmiers et les facteurs pouvant influencer le ressenti de la douleur lors de la réalisation de l'acte.

Abric (2011) explique que les représentations ont une fonction d'orientation afin de guider les comportements et les pratiques, elles définissent ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné. Ainsi, les représentations des infirmières de la douleur induite leur permettent de dire que la douleur induite est inacceptable et qu'elle doit être limitée avec les méthodes à disposition. L'infirmière en chirurgie vasculaire explique : « Tout ce qui est anesthésiant sur les plaies systématiquement, c'est une faute professionnelle de ne pas en

mettre moi je trouve sur les plaies. Parce qu'on fait quand même des gestes qui induisent des douleurs donc c'est important déjà de prévenir tout ça. ». Selon Abric (2011) les représentations « régissent les relations des individus à leur environnement physique et social, elles vont déterminer leurs comportements ou leurs pratiques ».

Afin d'évaluer la douleur induite, les infirmières utilisent des échelles d'auto ou d'hétéro évaluation. Les échelles d'auto-évaluation comme l'échelle numérique ou l'échelle visuelle analogique permettent au patient de quantifier sa douleur. Les échelles d'hétéro évaluation tel que l'Algoplus ou l'EDIN quant à elles sont basées sur le comportement du patient. Wanquet-Thibault (2015) expose 4 composantes de la douleur : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale. Ainsi, les échelles d'auto-évaluation évaluent la composante sensori-discriminative et les échelles d'hétéro évaluation évaluent la composante comportementale. L'évaluation de la douleur n'est donc jamais complète et les composantes cognitive et affectivo-émotionnelle sont rarement évaluées. Peut-être parce qu'elles sont difficilement évaluables ? En effet, il est impossible de demander un patient d'évaluer le retentissement émotionnel de sa douleur ou la compréhension de sa douleur sur une échelle d'un à dix. De plus, parmi les facteurs pouvant influencer le ressenti de la douleur liée au patient, les infirmières parlent de l'état d'esprit de celui-ci (stress, fatigue). C'est pour cela, que les infirmières mettent en avant l'importance de l'écoute et l'observation en plus de l'échelle d'évaluation. Car c'est bien grâce à l'écoute et l'observation que l'infirmière peut comprendre le réel ressenti de la douleur par le patient. De plus, la douleur est totalement subjective ; en effet Cavro (2007) dit : « Que l'on soit psychologue, médecin ou infirmière, nous ne pouvons ressentir ni imaginer la douleur de l'autre ». Ainsi, pour un même soin deux patients différents peuvent coter une douleur plus ou moins importante. Cette évaluation et ce ressenti ne doivent jamais être remis en question, ils doivent toujours amener à la mise en place d'une antalgie si celle-ci est nécessaire.

Parmi les facteurs pouvant influencer la douleur induite, les infirmières insistent sur la communication et les mots utilisés pour présenter le soin. Ainsi, afin de limiter la douleur induite, elles mettent en avant la communication avec le patient. L'infirmière en chirurgie vasculaire ayant un diplôme universitaire en hypnose utilise beaucoup cette méthode qui selon elle, est très efficace. Les infirmières parlent également de l'influence de l'état d'esprit du patient et de ses idées préconçues du soin. La communication me semble alors un bon moyen pour aborder ses caractéristiques avec le patient et lui permettre de verbaliser son ressenti face à cette douleur. Legenne (2018) dit que « la parole est l'outil indispensable au service de la relation et du soin ». Lors de mes stages, j'ai pu remarquer que la communication est la méthode la plus utilisée par les infirmières afin de divertir le patient pour qu'il ne reste pas fixé sur le soin qu'elles sont en train de faire. En effet, cette méthode est sûrement la plus simple

à mettre en place puisqu'elle ne demande pas de prescription médicale, ni de préparation en amont ou de formation spécifique. Cependant, les infirmières précisent que la communication seule n'est pas suffisante. L'infirmière puéricultrice ayant cité comme facteur l'environnement ajoute qu'avant de commencer le soin, il faut se mettre en condition dans l'environnement ; l'infirmière en chirurgie vasculaire ayant cité l'administration d'antalgiques préventifs parle de l'application des anesthésiants locaux notamment pour les plaies. Wanquet-Thibault (2015) explique que la gestion de la douleur induite « relève souvent d'un traitement multimodal, c'est-à-dire de l'association d'un ensemble de moyens, qu'ils soient médicamenteux et non médicamenteux ».

Cette recherche amène à penser que les représentations de l'infirmière sur la douleur induite vont influencer sa gestion de cette douleur. Cela signifie que pour améliorer sa gestion de la douleur induite, l'infirmière doit en permanence remettre en question ses représentations et sa pratique. Mais cette remise en question ne doit pas seulement être individuelle mais aussi collective. En effet, à la fin de l'interview l'infirmière puéricultrice explique que « chez l'adulte on fait beaucoup les choses par routine et par habitude, où à 5 heures du matin tu vas avoir tous les bilans et que forcément t'as pas pris le temps à 4 heures du mat' de mettre ton patch pour que la patiente elle est pas mal à ce moment-là ». Malaquin-Pavant (2010) insiste également sur le fait qu'« il est fondamental que les soignants d'une même équipe utilisent pour un même patient une démarche d'évaluation identique et s'accordent sur les supports de transmissions » (p164-165). La gestion de la douleur induite doit donc être un objectif commun à l'ensemble de l'équipe qui peut nécessiter un réaménagement de l'organisation du travail. Cette remise en question est nécessaire puisque la douleur induite n'est pas sans conséquences. En effet, selon les auteurs, elle peut provoquer chez le patient une agressivité à l'égard du soignant, un refus de soin, mais également un manque de confiance envers l'infirmière ou un repli sur soi d'après moi. Elle a aussi des conséquences sur l'infirmière comme de l'insatisfaction, de la culpabilité ou une minimisation de la douleur qui peut donner lieu à des phrases tel que : « il a crié alors que je l'avais à peine touché », « il y a des patients qui subissent des douleurs beaucoup plus importantes ». La douleur induite a donc des conséquences sur le comportement du patient mais aussi du soignant.

Puisque nos représentations régissent notre communication avec autrui et notre pratique et que la douleur induite provoque une modification du comportement du patient mais aussi du nôtre ; une nouvelle question se pose alors : en quoi la gestion de la douleur induite peut-elle avoir un impact sur la relation soignant-soigné ?

6. Conclusion

La douleur induite fut l'une de mes premières préoccupations lorsque j'ai commencé la formation infirmière, même si à ce moment-là je ne savais pas la nommer. En effet, avant de réaliser ma première prise de sang ou mon premier pansement, j'avais toujours cette inquiétude de faire mal. Aujourd'hui, cette inquiétude est beaucoup moins présente. Est-ce parce que je me sens plus à l'aise pour réaliser ces soins ? Ou parce qu'en stage ne voyant que peu d'infirmières mettre en place des méthodes antalgiques contre cette douleur, j'en viens à penser qu'elle est légitime et de toute façon nécessaire pour la prise en soin. Puis, j'ai réalisé un stage en pédiatrie, dans cette discipline la douleur induite est au centre des inquiétudes et tout est mis en place pour la limiter. C'est à ce moment-là que je me suis demandée pourquoi la douleur induite est toujours prise en compte lors des soins auprès des enfants alors qu'auprès des adultes les méthodes antalgiques sont rarement mises en place. C'est de là que m'est venue ma question de départ : en quoi les représentations de l'infirmières influencent-elles sa gestion de la douleur induite par les soins techniques ?

Afin de répondre à cette problématique, j'ai lu et recensé ce que pouvaient dire plusieurs auteurs sur le sujet. Ainsi, j'ai pu différencier ce qu'on considère comme douleur induite des autres douleurs liées aux soins ; et apprendre les différentes caractéristiques de cette douleur : facteurs pouvant influencer son ressenti, mémoire implicite de la douleur, subjectivité... J'ai également pu découvrir qu'il existe de nombreuses méthodes antalgiques à notre disposition, autant médicamenteuses que non médicamenteuses, et que l'association des méthodes permet une meilleure gestion de la douleur induite. De plus, je sais maintenant que notre gestion de la douleur induite en tant qu'infirmière dépend de nos représentations de celle-ci, et que ces représentations sont elles même influencées par notre culture, notre éducation, notre groupe d'appartenance professionnel...

J'ai ensuite pu interroger deux infirmières afin d'identifier leurs représentations de la douleur induite et comprendre comment elles influençaient sur leur manière de gérer la douleur induite par leurs soins. Les deux infirmières mettent en avant une douleur influencée par l'état d'esprit du patient et la communication établie avec le soignant. Elles ont donc toutes les deux une gestion de la douleur induite principalement orientée vers l'écoute et la discussion, sans en oublier les méthodes médicamenteuses comme l'application d'anesthésiants locaux lors des détersions de plaies ou bien l'association de la succion et du sucre chez le bébé.

Ce travail de recherche m'a permis de comprendre que les soins tels que les prises de sang et les pansements font partis de notre quotidien d'infirmière pourtant ce ne sont pas des soins si anodins. En effet, ils méritent de se poser de nombreuses questions auparavant sur la nature du soin, les facteurs qui vont influencer le ressenti de la douleur, les méthodes antalgiques à ma disposition... Pour atteindre une gestion de la douleur induite optimale, une remise en question permanente est nécessaire pour ne pas se laisser guider trop rapidement par nos représentations et nos habitudes. Chaque patient est unique et nécessite donc une prise en soin adaptée à ses besoins.

Durant ce travail de recherche, j'ai pu rencontrer certaines difficultés notamment pour trouver les documents d'études correspondant à mon sujet et complémentaires pour éclairer au mieux ma question de départ. Il a également été compliqué pour moi de rédiger ce mémoire car je n'ai pas vraiment l'habitude d'écrire. Cependant, ce travail de recherche m'a permis d'en apprendre plus sur la douleur induite et l'influence de nos représentations sur notre comportement et nos actions. J'ai aussi beaucoup apprécié les échanges avec les infirmières de terrain qui ont pris le temps de m'expliquer comment elles gèrent la douleur induite par leurs soins. Ce travail de recherche fut long mais très enrichissant.

7. Bibliographie

Ouvrages :

Abric,J-C. (2011). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.

Benhamou-Jantelet,G (2012). *Les Concepts en Sciences Infirmières* (2^{ème} édition). Lyon : Editions MALLET CONSEIL.

Flament.C. et Rouquette.M-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires*. Paris : Armand Colin.

Fletcher.D. (2010). Physiopathologie des douleurs induites et facteurs de passage à la chronicité. Dans S.Donnadieu et J.Wrobel (dir.), *Les Douleurs Induites* (p.11-26). Paris : UPSA.

Le Breton.D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié.

Malaquin-Pavan.E. (2010). Prévention et soulagement des douleurs induites : le rôle des soignants. Dans S.Donnadieu et J.Wrobel (dir.), *Les Douleurs Induites* (p.157-176). Paris : UPSA.

Moscovici.S. (2003). *Psychologie Sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.

Wanquet-Thibault.P. (2015). *Douleurs liées aux soins*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Articles :

Cavro.E (2007). Douleurs et intersubjectivité. *Le Journal des psychologues*, 246, 30-34

Legrenne, M. (2018). Actualités Médicales et Soignantes. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 132, 103-108.

Peoc'h, N, Lopez, G et Castes, N. (2007). Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... vers les prémisses d'une compréhension. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 84-93.

Textes législatifs :

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002). JORF 5 mars. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4ADE115637D9A7FC2C9AEE053AD5DED8.tplgfr42s_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685747&dateTexte=20200401&categorieLien=id#LEGIARTI000006685747

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (2002). JORF 5 mars. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4ADE115637D9A7FC2C9AEE053AD5DED8.tplgfr42s_1?idArticle=LEGIARTI000021939987&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200401

Décret n°2004-804 du 29 juillet 2004 portant code de déontologie médicale (2004). JORF 8 août. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=4ADE115637D9A7FC2C9AEE053AD5DED8.tplqfr42s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006103062&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=19950908

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers (2016). JORF du 27 novembre. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479578&categorieLien=id>

Entrées de dictionnaire :

Antalgie. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/antalgie/3784?q=antalgie#3781>

Prévention. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prévention/63869?q=pr%c3%a9vention#63152>

Subjectif. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/subjectif/75038>

Cours :

Duchène, W. (2011). Les Antalgiques [Présentation Powerpoint]. Repéré à <https://ifsiduchudenice20122015.files.wordpress.com/2013/09/coursnc2b01-lesantalgiques.pdf>

8. Annexes

I.	Guide d'entretien
II.	Retranscription des entretiens
	<i>Entretien avec une infirmière travaillant en chirurgie vasculaire ayant un DU douleur et un DU hypnose.....</i>
	<i>Entretien avec une puéricultrice</i>
III.	Tableaux d'analyse des entretiens

I. Guide d'entretien

Pouvez-vous me présenter votre parcours ? Les formations que vous avez pu réaliser et les différents services dans lesquels vous avez pu travailler ?

Objectif : Identifier les représentations de l'infirmière sur la douleur induite

Pouvez-vous me donner une définition de la douleur induite ?

Quels sont, selon vous, les facteurs qui peuvent influencer le ressenti de la douleur induite par le patient ?

Objectif : Identifier ce qui caractérise un soin douloureux selon elle

Quels sont les soins techniques que vous réalisez couramment dans le service où vous travaillez actuellement ? Quels sont, selon vous, ceux qui peuvent provoquer une douleur induite ?

En quoi ces soins sont plus susceptibles de provoquer une douleur induite ?

Objectif : Comprendre la réaction de l'infirmière face à la douleur induite

Qu'est-ce qui vous permet d'évaluer la douleur induite ?

Quelles sont les méthodes que vous mettez en place pour réduire cette douleur induite ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

II. Retranscription des entretiens

Entretien avec une infirmière travaillant en chirurgie vasculaire ayant un diplôme universitaire de douleur et un diplôme universitaire en hypnose

Etudiante : Est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours ? Les formations que vous avez pu réaliser et les différents services dans lesquels vous avez pu travailler ?

Infirmière : J'ai 49 ans. J'ai eu mon diplôme en 93 au CHU à Lorient. J'ai commencé à travailler l'été là-bas. Ensuite, je suis partie sur Brest où j'ai travaillé en clinique. J'ai fait 5 ans dans la clinique Pasteur. C'était un service de chirurgie multi-pathologie, plusieurs spécialités avec des soins intensifs intégrés. Donc c'était un service très très lourd de jour comme de nuit pendant 5 ans. Je suis arrivée après sur Rennes en 98, j'ai fait pratiquement tous les services de Pontchaillou. Fin 99, je suis arrivée sur le site de l'Hôpital Sud. Pendant 2-3 mois j'ai fait tous les services sauf l'enfant. Et j'ai posé mes valises en vasculaire depuis 2000, donc je suis en vasculaire depuis 2000. Donc un service que j'adore parce que j'y suis encore. C'est un service dur et très lourd avec des patients aussi qui vieillissent qui sont multi-pathologies, qui sont très douloureux avec des plaies d'ulcères, des plaies d'amputation et cetera. C'est vrai qu'à un moment donné, cette douleur quand on n'arrive pas à la soulager malgré tous les traitements, on est un petit peu impuissant. Et c'est vrai que je me suis intéressée à cette douleur pour savoir comment elle survenait, et comment étaient ces mécanismes. Et j'ai passé un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur en 2013. Et pendant cette année-là, je fessai travail et faculté : j'avais 3 jours par mois avec un examen à la fin. Et pendant cette année ils nous ont parlé des médecines complémentaires, et dont l'hypnose, je me suis intéressée à l'hypnose. J'ai commencé par la suite à être formée à la communication thérapeutique en 2014. Quand j'ai vu que à partir du moment où tu oses pratiquer et que tu t'autorises à le faire malgré cette charge de travail et que tu vois que ça marche sur ton patient et que du coup il est moins douloureux. Woua ça marche et on me dit : « Mais tu fais de l'hypnose ? ». « Non je ne suis pas formée à l'hypnose, je fais de la communication thérapeutique ». « Ouai mais là tu fais de l'hypnose ». Donc du coup pour être légitime dans ce que je faisais ; et j'étais vraiment incitée par ma cadre supérieure à faire un diplôme universitaire sur l'hypnose thérapeutique ; que j'ai eu en 2017. Et depuis 2014 je pratique la communication thérapeutique et l'hypnose. Je suis diplômée depuis 2017 mais je pratique dès que je peux pour n'importe quel soin, pour la douleur des soins. Ça peut être une voie veineuse, une prise de sang chez les gens qui ont très peur, ça peut être... Ce matin j'ai posé une nouille d'alimentation chez un monsieur justement avec l'hypnose, ça s'est super bien passé, après ça peut être tous les soins de détersion et autre. Et beaucoup d'anxiété parce que l'anxiété major les douleurs. Donc beaucoup en lien avec les plaies mais aussi les préopératoire. Et je suis appelée aussi à aller aux soins intensifs cardio de temps en temps.

Etudiante : Vous faites d'autres services ?

Infirmière : Ouai mais je n'ai pas de temps dédié pour le faire donc je travaille sur mon temps de travail en chirurgie vasculaire et en consultation pansement vasculaire et en dehors sur les autres services sur mon temps perso. Donc je fais les soins intensifs cardio quand on m'appelle, la réanimation cardiaque, la chirurgie thoracique et cardiaque. Je suis appelée souvent pour des gens qui ont des assistances cardiaques, des griffes. C'est plus pour des troubles du sommeil et de l'anxiété ; moins de douleur mais plus lié à vraiment ces troubles-là. Mais c'est très intéressant parce que c'est une autre approche. Je me dis : un jour j'aurai peut-être un temps dédié sait-on jamais.

Etudiante : Ce serait bien.

Infirmière : Sinon j'ai un temps formateur, j'ai 12 jours par an. Et avec une collègue de Jean Lattet, de chir thoracique, on anime des ateliers de communication thérapeutique à tout le personnel du pôle cœur-poumon-vaisseau. Les gens s'inscrivent et on a 12 personnes à peu près par session et c'est infirmier et aide-soignant, jour/nuit. Je vais intégrer le temps formateur en communication thérapeutique mais institutionnel. Et puis je me suis lancée, comme si je n'avais pas assez de choses à faire ; parce que je suis tutrice aussi des étudiants, sur un projet de recherche. Donc j'ai été présélectionnée et la 2ème étape vient d'être abouti donc j'ai fait mon dossier, et je vais bientôt avoir une réponse pour savoir si mon projet de recherche va être accepté.

Etudiante : Du coup plus par rapport à mon sujet, moi c'est plus sur la douleur induite et donc du coup si vous pouviez d'abord me donner pour vous une définition de la douleur induite ?

Infirmière : La douleur induite, c'est la douleur qu'on va provoquer par nos soins. Alors ici, il y a beaucoup de soins. On a une grosse charge en pansements : de pansements d'amputation mais des amputations ouvertes, on a amputation fermées et amputations ouvertes, avec des amputations d'orteils où on fait des cicatrises dirigées et dans la cicatrisation dirigée il y a ce que l'on appelle l'étape de détersion avec une curette, un scalpel, qui induisent des douleurs rien que par leur nom. Et donc il faut aller couper la fibrine, bouger l'os avec la pince ; en fait on fait un peu de la chirurgie dans les chambres donc là on induit des douleurs. Il y a la douleur, après il y a plusieurs types de douleurs, après je pars sur mes connaissances de douleur : il y a les douleurs aiguës liées à la chirurgie en elle-même et des douleurs chroniques. On a des patients qui sont douloureux chronique même avant des interventions, parce qu'ils ont des plaies depuis bien des mois avant, voire des années. Donc ils sont dans la chronicité de la douleur, en plus on va leur induire d'autres douleurs qui vont forcément peut-être être plus importantes par rapport à quelqu'un qui connaît pour la première fois la douleur. Donc il y a tous ce côté mémoire de la douleur et tout ce côté anticipé parce qu'ils savent ce qui les attendent le lendemain, parce qu'ils ont des pansements tous les jours. C'est vrai que la douleur du présent... En hypnose il y avait un des psychiatres américains qui le disait très bien : en fait la douleur du moment ne représente

que un tiers de la douleur présente, elle est anticipée, elle est majorée de la douleur mémorisée et majorée par la douleur anticipée. Si on agit sur ces 2 composantes là, on diminue la douleur du présent. C'est vrai que tout ce qui est induit, prise de sang, tout ce qui va venir aussi du soignant finalement. Après le patient peut se faire mal tout seul en se cognant, c'est une douleur induite aussi mais elle n'est pas voulue, la nôtre elle est peut-être voulue parce qu'on est obligé de faire un acte qui est pour le bien être, pour l'aider sans sa cicatrisation ou dans un traitement. Mais c'est vrai que c'est quand même induit et un peu prescrit aussi.

Etudiante : Pour vous quels sont les facteurs qui justement peuvent influencer le ressenti de cette douleur induite ? Vous en avez déjà un peu parlé.

Infirmière : Sur la douleur mémorisée, anticipée c'est vrai que si on agit sur ces facteurs là on peut vraiment la diminuer. Après moi étant formé à l'hypnose ça marche très très bien sur tout ce qui est appréhension et peur. Pour justement aider le patient dans le fait qu'il va être moins douloureux pendant ce geste qui va induire une douleur : il faut s'assurer qu'il est bien tous les antalgiques avant, mettre les anesthésiant locaux, moi c'est beaucoup sur les plaies donc on va mettre des anesthésiants locaux. On utilise le MEOPA, le calinox. Après c'est tout ce qui est or médicamenteux : type hypnose, musique, on a des huiles essentielles. On utilise beaucoup de chemins de traverse pour aider le patient à mieux vivre ces douleurs induites, ces gestes qui induisent des douleurs. Après si on arrive à les dissocier de leur douleur, ils ne vont pas avoir mal : ils sentent qu'il y a quelque chose mais ils n'ont pas mal donc l'objectif est atteint. Après les mots tout simplement, on induit une douleur par les mots : « je vais vous piquer ». Comme ce matin mon jeune étudiant : « je vais couper la fibrine, je vais utiliser le scalpel, la curette », « vous n'aurez pas mal ». Un patient qui est stressé, qui est anxieux, ne va pas entendre la négation, donc si on dit « vous n'aurez pas mal », il aura mal. C'est plein de petits mots, des attitudes, des grimaces. Il faut faire attention à ce que l'on va refléter par notre langage non verbal au patient, et par le langage verbale et paraverbale aussi. Tout est intriqué en fait.

Etudiante : D'accord.

Etudiante : Après c'était plus sur les soins en eux même. Donc vous avez dit en soins techniques vous que faisiez beaucoup de pansements...

Infirmière : Ouai des pansements, prises de sang, prise de voie veineuses

Etudiante : Et donc du coup les soins qui induisent des douleurs ?

Infirmière : Chez nous, c'est beaucoup pansement – détersion. Après il y a tout ce qui est ablation de Redon. Après on a en soit les poses de sonde d'alimentation, mais comme je le fait avec l'hypnose ça se passe bien, alors que j'ai d'autres collègues avec qui ça se passera autrement. Voilà, ici, après il y a tout ce qui est mobilisation. Ici on a des patients amputés donc les premières mobilisations faut faire très attention. Chez un patient amputé de un ou plusieurs orteils on fait

très attention aux décharges, parce que si on appuis ça crée des douleurs. Une amputation c'est comme une fracture, on coupe l'os donc comme une fracture ça fait mal pendant quelques temps. Donc tout ce qui est mobilisation c'est vrai que ça peut induire des douleurs.

Etudiante : Qu'est ce qui va justement selon vous provoquer cette douleur, en quoi la caractéristique du soin va provoquer une douleur induite ?

Infirmière : Tout dépend comment on amène le soin, tout dépend comment on va le présenter au patient. Moi maintenant quand je vois ma pratique en communication thérapeutique et en hypnose, quand ça marche super bien, et ça marche souvent très très bien, quand je vais utiliser mon scalpel ça va très bien se passer. Tout dépend comment on amène le truc. Après voilà, il faut rassurer le patient, valider l'inconfort du patient, sa douleur. Quand il dit qu'il a mal, « oui je comprends, je vois bien que vous avez mal puisque je vois que vous grimacez, je l'entends bien, je vous entends crier et puis même gémir et cet inconfort je le ressens ». Alors après là je tape sur ma communication thérapeutique, parce que je suis sûr que j'ai tapé dans le mille sur son canal sensoriel préférentiel à lui. C'est quoi déjà la question ?

Etudiante : En quoi ces soins sont susceptibles de provoquer une douleur induite ? Qu'est ce qui fait que ce soin là va plus provoquer une douleur qu'un autre soin par exemple ?

Infirmière : Ça dépend de la nature du soin aussi, entre une prise de sang et une détersion de plaie c'est vrai qu'on ne va forcément induire les mêmes douleurs de tout manière. Moi je dirai tout dépend de la nature du soin aussi.

Etudiante : Et du coup qu'est-ce qui vous permet d'évaluer la douleur induite ? Quels outils vous pouvez utiliser ?

Infirmière : Alors il y a les échelles, nous ici on utilise beaucoup l'échelle numérique, l'échelle visuelle analogique on ne l'utilise pas parce qu'on n'a pas les réglettes donc du coup c'est l'échelle numérique. Mais c'est très subjectif donc du coup aussi beaucoup d'échelle verbale simple : « comment est votre douleur ? vous n'avez pas mal ou est-ce que c'est un peu ? ». Alors j'utilise beaucoup le confort aussi, parce qu'en parlant de douleur, on induit une douleur donc je parle beaucoup du confort. Sinon alors j'ai un patient qui est étranger, qui ne parle pas du tout français, donc je vais voir comment il est au niveau des signes, donc ça va être l'Algoplus. Ici on utilise beaucoup l'échelle neuropathique en cas de question, parce qu'on a beaucoup de douleurs neuropathiques liées aux amputations : les sensations et douleurs de membre fantôme. Mais après ça va être tout simplement l'observation et l'écoute, il n'y a rien de mieux que l'observation et l'écoute et on a tout compris.

Etudiante : Et du coup quelles sont les méthodes que vous pouvez utiliser ? Donc vous principalement la communication thérapeutique ?

Infirmière : Ouai la communication thérapeutique, après tout ce qui est traitements prescrits. On donne un médicament, on trace, on réévalue, c'est important. Et on voit du coup si on est bien ou pas. Tout ce qui est anesthésiant sur les plaies systématiquement, c'est une faute professionnelle de ne pas en mettre moi je trouve sur les plaies. Parce qu'on fait quand même des gestes qui induisent des douleurs donc c'est important déjà de prévenir tout ça. Après tout ce que je t'ai dit tout à l'heure : MEOPA et cetera. Puis maintenant tout ce que j'ai en compétence hypnotique et communication thérapeutique ça marche super bien, c'est vrai qu'il ne faut pas s'en priver. Après tout simplement des changements de position chez certains patients, et puis simplement parler avec eux, simplement être là, la présence, leur dire qu'on est là tout simplement c'est très important. Et puis valider leur inconfort, ils se sentent écouté, et tout d'un coup ça va mieux. C'est vraiment être proche de son patient, c'est être avec lui et vraiment l'observation et l'écoute c'est le plus important.

Etudiante : Pour mes questions c'était tout, après vous est ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

Infirmière : Non, en fait c'est tout ce que je fais ici. Après on a sûrement encore pleins de progrès à faire mais moi je suis contente de la façon dont on prend en soin nos patients, et puis des modifications se font. Tout est bien pour moi.

Etudiante : Parfait je vous remercie d'avoir pu répondre à mes questions, d'avoir pris le temps.

Infirmière : Pas de soucis

Entretien avec une puéricultrice

Etudiante : Est-ce que tu peux me présenter ton parcours ? Les formations que tu as effectuées, les services dans lesquels tu as travaillé ?

Infirmière : Je suis diplômée infirmière depuis 2004, après j'ai travaillé pendant environ 2 ans à l'hôpital des enfants à la Réunion. Avant c'était anecdotique, c'était vraiment de l'intérim pendant 4 à 6 mois. Après l'hôpital d'enfant pendant 2 ans donc ça nous mène jusqu'à fin 2006 à peu près, où là je fais des enfants assez grands à peu près de 4 jusqu'à 18 ans. Ensuite je vais à l'école de puèr pendant un an, je suis diplômée fin 2007. Et après, de début 2008 jusqu'à 2014 je crois, je suis en soins intensifs - réanimation néonatale. Et depuis 2015 je suis à l'unité kangourou sur la maternité mais du coup en tant que puéricultrice depuis 2017. Après les formations : moi j'ai la casquette de consultante en lactation depuis 2014 aussi, c'est pour être conseillère en allaitement maternel ; et j'ai quelques trucs sur les soins de développement. Et je fais partie maintenant du CLUD, c'est le Comité de Lutte contre la Douleur sur le CHU à la Réunion. On a des petites formations en lien avec le CLUD, mais c'est plus pour être référent de service et faire remonter

en fait des soucis au tour de la douleur, du coup moi principalement chez le bébé pour le coup, mais voilà, pour faire remonter au sein du Comité de Lutte pour la Douleur : des fois pour essayer de trouver des solutions, pour envoyer des gens en formation et cetera.

Etudiante : D'accord et ils ne t'avaient pas demandé de faire par exemple un DU en douleur ?

Infirmière : Non et je ne l'ai pas demandé, mais c'est quelque chose qui m'intéresse beaucoup surtout depuis que je fais partie du CLUD, ça va faire 2 ans je crois que je fais partie du CLUD.

Moi je suis quelqu'un en plus qui a besoin de renouvellement dans ma profession, donc du coup tu vois 2014 j'ai fait celui de consultante en allaitement, mais c'était quelque chose qui m'intéressait vraiment. Tout ce qui est au tour de la douleur, en fait ce qui m'intéressait plus c'est toutes les méthodes hors médicaments.

Etudiante : Oui les méthodes alternatives.

Infirmière : Oui tout le psychocorporelle et cetera.

Etudiante : Du coup mon sujet c'était plus sur la douleur induite, donc ma première question c'était juste si tu pouvais me donner une définition pour toi de la douleur induite ?

Infirmière : Alors pour moi la douleur induite, c'est induite par quelque chose : par les soins. Donc pour moi ça a du lien avec les soins en fait : les soins invasifs. Mais peut-être pas du tout ?

Etudiante : C'est une définition que j'ai retrouvée aussi.

Etudiante : Après c'était les facteurs qui peuvent selon toi influencer du coup le ressenti de la douleur induite par le patient, par l'enfant plutôt dans ton cas du coup ?

Infirmière : Ce qui peut influencer chez l'enfant, ça peut-être beaucoup les parents au tour : le stress des parents. De manière plus générale je pense le stress, le manque de communication avec le soignant, Toutes les idées préconçues qu'on a du soin qui va avoir lieu, si on en a déjà entendu parlé par quelqu'un d'autre en fait, nos représentations de tout ça, du soin en question : si c'est une injection et cetera. Pour moi, on n'est pas tolérant de la même façon chacun à la douleur, donc après c'est vraiment très très individuel les prises en charge après. Parce que pour moi on n'est pas tous égaux face à la douleur, on ne peut pas gérer tous de la même manière, déjà on ne gère pas le stress de la même façon donc la douleur encore moins. L'environnement au tour, pour les enfants en tout cas, s'il y a un environnement stressant ; le manque de communication avec le soignant, c'est à dire si le soin n'est pas expliqué comme il faut, c'est à dire si on ne prend pas le temps avant ; et puis nos représentations, les représentations qu'on a du soin ; et puis nous personnellement quoi, comment est-ce qu'on est tolérant à la douleur ou pas.

Etudiante : D'accord.

Etudiante : Après les soins techniques qui sont courant en fait dans ton service et ceux qui du coup peuvent induire une douleur par la suite, par leur réalisation ?

Infirmière : Nous on fait énormément de glycémies capillaires, donc chez le bébé ça se fait au talon. On fait énormément de bilans sanguins donc ça c'est sur la main. Et puis l'autre gros soin que tu vas retrouver en maternité c'est le test de GUTRI*. Donc il était principalement fait au talon également chez le bébé, et surtout par les sages-femmes. Maintenant, il y a des nouvelles études qui sont sorties et qui prouvent qu'en fait le prélèvement au talon est beaucoup plus douloureux que le prélèvement veineux, donc du coup, nous je sais que chez les puéricultrices en tout cas on le fait quasiment plus au talon. On le fait en veineux, parce que c'est moins douloureux. Et puis après les soins que tu vas retrouver... C'est ça ouai glycémies capillaires, bilans sanguins, poses de voies veineuses si besoin d'une antibiothérapie parce qu'on a aussi les infections materno-fœtale. Et après chez le bébé en tout cas chez moi, je pense que c'est à peu près tout. Après c'est pas de la douleur induite, après, c'est vraiment de l'inconfort parce que je suis avec des tous petits bébés et que du coup même des fois le bain c'est un moment totalement inconfortable qui peut être quasiment associé à de la douleur. Après voilà, on a peu d'injections intramusculaires. Alors on a un peu des vaccins mais ce n'est pas la majorité des cas. On reste principalement sur les prélèvements sanguins quoi en gros.

Etudiante : D'accord.

Etudiante : Et du coup qu'est ce qui fait pour toi que ces soins sont plus susceptibles de provoquer une douleur induite ?

Infirmière : Parce que ce n'est quand même pas rien, on vient quand même mettre un trocart à travers la peau, donc le geste en lui-même il est forcément invasif. Comme aller aspirer, ça ça peut arriver en salle de naissance à l'accouchement, où tu vas aspirer dans le nez, dans la bouche. C'est parce qu'on vient pénétrer à l'intérieur.

Etudiante : C'est le côté invasif en fait qui créer la douleur ?

Infirmière : Oui.

Etudiante : Qu'est qui vous permet d'évaluer la douleur chez l'enfant, la douleur induite comment vous l'évaluez-vous ?

Infirmière : Alors la douleur chez le bébé nous on utilise beaucoup l'EDIN*, c'est une échelle de douleur en fait, et du coup on a des cotations par rapport au comportement du bébé. C'est à dire à son visage, par rapport à son comportement, à son agitation, ça peut être plein de choses comme à ça. Je l'ai plus en détail dans la tête.

Etudiante : Je la retrouverai sûrement sur internet.

Infirmière : Oui tu regarderas l'E.D.I.N, et du coup ça côtoie la douleur du bébé. C'est vraiment une échelle comportementale pour le coup parce qu'on ne va pas avoir accès à la parole avec le

bébé, donc vraiment tout passe par le comportement. Après chez le plus grand on va avoir l'EVA comme chez l'adulte aussi. Et il y en a une autre qui ne me revient pas, qui est aussi dans la douleur aiguë du bébé. Parce que l'EDIN on peut l'utiliser dans la douleur chronique mais nous on l'utilise beaucoup au quotidien. Il y en a une autre mais je ne la retrouve pas, C'est aussi une échelle comportementale en tout cas. Chez le bébé, on n'a pas trop le choix.

Etudiante : Quelles sont les méthodes que vous mettez en place pour essayer de réduire cette douleur induite par les soins ?

Infirmière : Alors chez le bébé, la première chose c'est de se mettre en condition dans l'environnement. C'est à dire qu'on va être avec le papa ou la maman qui va nous aider à contenir son bébé. Par exemple, moi je sais que je vais souvent faire les prélèvements sanguins pendant que le bébé il est en train de téter au sein. Donc du coup il est dans les bras de sa maman et puis il est en train de téter le sein. Donc normalement ça se passe bien. Si on n'arrive pas, parce que des fois ce n'est pas tout à fait possible, parce que le bébé des fois, il a été beaucoup piqué donc t'arrives plus à voir les veines comme tu veux. Donc le bébé, il n'est pas au sein, il est sur une table de soins. Donc dans ces cas, c'est bien coucouné le bébé, donc on essaie de le mettre un peu comme dans un cocon, si tu veux, donc on a fabriqué des langes au tour de lui pour faire un petit cocon. La grande méthode en fait chez le bébé, nous c'est le saccharose associé à la succion quel qu'elle soit. Donc ça peut être la succion sur le doigt de sa maman, ça peut être la succion sur une tétine si c'est un bébé qui est alimenté au biberon, et ça peut être juste sur un petit bout de compresse si la maman elle ne veut vraiment pas introduire de tétine trop tôt pour son bébé. Donc on fait téter un petit bout de compresse avec le sucre dessus. Mais c'est vraiment l'association saccharose et succion. Les études ont prouvé que c'était ça qui prenait en charge la douleur chez le bébé.

Etudiante : Vous utilisez pas du tout de méthodes médicamenteuses ? Comme le MEOPA mais c'est peut-être plus pour les plus grands ? Les patchs sinon, comment ça s'appelle ?

Infirmière : D'EMLA ?

Etudiante : Oui voilà.

Infirmière : Alors l'EMLA, très peu chez le bébé. En fait, on a des recommandations, donc au lieu de mettre le tube entier par exemple on va mettre une petite noisette. Mais c'est vrai que comme on a souvent remarqué que de toute façon le sucre et le saccharose ça prenait tellement bien en charge cette douleur et que c'était quand même un prélèvement assez rapide quand même chez nous. Donc du coup, je ne vais pas dire « on ne s'embête pas » parce que ça c'est vraiment une très mauvaise phrase, mais c'est très peu utilisé chez le bébé. Le MEOPA, il me semble, pour moi, qu'il n'y a pas l'AMM pour le MEOPA chez le bébé. Il y a une limite d'âge et le bébé ça ne marche pas. C'est pour ça qu'on est sur le saccharose et la succion en même temps.

Etudiante : D'accord.

Etudiante : Moi j'ai fini pour mes questions, si toi tu avais quelque chose à ajouter sur le sujet ?

Infirmière : Non, c'est vraiment très particulier la douleur chez le bébé. C'est pas du tout la même chose en gestion. Enfin déjà pour évaluer la douleur c'est pas du tout pareil que chez l'adulte alors après en gestion ça n'a rien à voir non plus. Mais écoute il y aura peut-être quelques éléments que tu pourras sortir.

Etudiante : Si je pense. Après c'est surtout que moi mon sujet, il vient justement de ce parallèle entre la prise en soin chez l'adulte et chez l'enfant. Parce qu'en début d'année, vu que j'ai pu faire un stage en pédiatrie, c'est là que j'ai vu une grosse différence en fait. On sortait les patchs d'EMLPA ou le MEOPA tout de suite alors que chez l'adulte on le fait pas du tout.

Infirmière : Et non on le fait pas du tout alors qu'il y en a plein qui ont finalement très très peur des injections aussi et des prélèvements, qui nécessiteraient un peu de prise en charge. Mais comme chez l'adulte on fait beaucoup les choses par routine et par habitude, où là à 5h du matin tu vas avoir tous les bilans et que forcément t'as pas pris le temps à 4h du mat de mettre ton patch pour que la patiente elle est pas mal à ce moment-là. C'est vrai que ça demande une réorganisation des soins que de mettre de l'EMLA. Parce qu'avec le temps d'action que ça a il faut s'organiser différemment.

Etudiante : Eh bien merci.

Infirmière : Mais de rien.

*Le test de GUTHRI permet de dépister des maladies rares, mais graves telles que :

- la phénylcétonurie, la plus commune des anomalies innées du métabolisme, qui cause des retards mentaux,
- l'hypothyroïdie congénitale, insuffisance en hormones thyroïdiennes,
- l'hyperplasie congénitale des surrénales, anomalie des glandes surrénales situées au-dessus des reins,
- la drépanocytose, maladie héréditaire de l'hémoglobine
- la mucoviscidose, qui affecte les voies respiratoires et le système digestif.

Pour réaliser le test, quelques gouttes de sang du bébé sont prélevées sur une petite veine de la main ou du talon et recueillies sur un papier buvard.

*L'échelle d'Évaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né (EDIN) permet d'évaluer la douleur du nouveau-né à travers une observation du visage, du corps, du sommeil, de la relation avec le soignant et de la possibilité de réconfort. Le score total peut aller de 0 à 15, le score de prescription est de 5/15

III. Tableaux d'analyse des entretiens

Infirmière travaillant en chirurgie vasculaire ayant un DU douleur et un DU hypnose

Infirmière puéricultrice

Objectif : Identifier les représentations de l'infirmière sur la douleur induite

Pouvez-vous me donner une définition de la douleur induite ?

<i>Lien avec les soins</i>	<i>Douleur voulue</i>
C'est induite par quelque chose : par les soins	La nôtre elle est peut-être voulue parce qu'on est obligé de faire un acte qui est pour le bien être, pour l'aider sans sa cicatrisation ou dans un traitement. Mais c'est vrai que c'est quand même induit et un peu prescrit aussi.
C'est la douleur qu'on va provoquer par nos soins	

Quels sont, selon vous, les facteurs qui peuvent influencer le ressenti de la douleur induite par le patient ?

<i>Facteurs liés au patient</i>			
<i>Etat d'esprit de la personne</i>	<i>Idées préconçues du soin</i>		<i>Tolérance à la douleur propre à chacun</i>
L'anxiété major les douleurs De manière plus générale je pense le stress	<i>Connaissance par l'entourage</i>	<i>Mémorisation de la douleur</i>	Pour moi on n'est pas tous égaux face à la douleur, on ne peut pas gérer tous de la même manière, déjà on ne gère pas le stress de la même façon donc la douleur encore moins
	Si on en a déjà entendu parlé par quelqu'un d'autre en fait, nos représentations de tout ça, du soin en question	Ils sont dans la chronicité de la douleur, en plus on va leur induire d'autres douleurs qui vont forcément peut-être être plus importantes par rapport à quelqu'un qui connaît pour la première fois la douleur	

		<p>Il y a tous ce côté mémoire de la douleur et tout ce côté anticipé parce qu'ils savent ce qui les attendent le lendemain, parce qu'ils ont des pansements tous les jours.</p> <p>En hypnose il y avait un des psychiatres américains qui le disait très bien : en fait la douleur du moment ne représente que un tier de la douleur présente, elle est anticipée, elle est majoré de la douleur mémorisé et majoré par la douleur anticipée</p>	
--	--	--	--

Facteurs liés au soignant		
Administration d'une antalgie suffisante	Présentation du soin	Attitude soignante
Il faut s'assurer qu'il est bien tous les antalgiques avant, mettre les anesthésiant locaux	Les mots tout simplement, on induit une douleur par les mots : « je vais vous piquer ». Comme ce matin mon jeune étudiant : « je vais couper la fibrine, je vais utiliser le scalpel, la curette », « vous n'aurez pas mal ». Un patient qui est stressé, qui	Des attitudes, des grimaces. Il faut faire attention à ce que l'on va refléter par notre langage non verbal au patient Le manque de communication avec le soignant

	<p>est anxieux, ne va pas entendre la négation, donc si on dit « vous n'aurez pas mal », il aura mal.</p> <p>Tout dépend comment on amène le soin, tout dépend comment on va le présenter au patient</p> <p>Si le soin n'est pas expliqué comme il faut, c'est à dire si on ne prend pas le temps avant</p>	
--	---	--

Facteurs liés à l'environnement
Ça peut-être beaucoup les parents au tour : le stress des parents

Facteurs liés au soin
Ça dépend de la nature du soin

Objectif : Identifier ce qui caractérise un soin douloureux selon elle

Quels sont les soins techniques que vous réalisez couramment dans le service où vous travaillez actuellement ?

Quels sont, selon vous, ceux qui peuvent provoquer une douleur induite ?

Soins nécessitant une introduction dans le corps	Soins ayant pour objectif de retirer quelque chose du corps
Glycémies capillaires, donc chez le bébé ça se fait au talon	Chez nous, c'est beaucoup pansement – déterision
On fait énormément de bilans sanguins donc ça c'est sur la main	Il y a tout ce qui est ablation de Redon

<p>L'autre gros soin que tu vas retrouver en maternité c'est le test de GUTRI</p> <p>Poses de voies veineuses</p> <p>Ça peut être une voie veineuse, une prise de sang chez les gens qui ont très peur</p> <p>on a en soit les poses de sonde d'alimentation</p>	
--	--

En quoi ces soins sont plus susceptibles de provoquer une douleur induite ?

Soins invasifs	Nature du soin
<p>Le geste en lui-même il est forcément invasif C'est parce qu'on vient pénétrer à l'intérieur</p>	<p>Ça dépend de la nature du soin aussi, entre une prise de sang et une détersion de plaie c'est vrai qu'on ne va forcément induire les mêmes douleurs</p>

Objectif : Comprendre la réaction de l'infirmière face à la douleur induite

Qu'est-ce qui vous permet d'évaluer la douleur induite ?

Hétéroévaluation		Auto-évaluation	Dissocier la douleur induite d'une douleur chronique
Echelles comportementales	Observation et écoute	<p>Chez le plus grand on va avoir l'EVA comme chez l'adulte</p> <p>Nous ici on utilise beaucoup l'échelle numérique. Mais c'est très subjectif donc du coup</p>	<p>On utilise beaucoup l'échelle neuropathique en cas de question, parce qu'on a beaucoup de douleurs neuropathiques liées aux</p>
<p>Chez le bébé nous on utilise beaucoup l'EDIN, c'est une échelle de douleur en fait, et du coup on a des cotations par rapport au comportement du bébé</p>	<p>Après ça va être tout simplement l'observation et l'écoute, il n'y a rien de mieux que l'observation et</p>		

<p>L'EDIN on peut l'utiliser dans la douleur chronique mais nous on l'utilise beaucoup au quotidien</p> <p>J'ai un patient qui est étranger, qui ne parle pas du tout français, donc je vais voir comment il est au niveau des signes, donc ça va être l'Algoplus</p>	<p>l'écoute et on a tout compris</p>	<p>aussi beaucoup d'échelle verbale simple : « comment est votre douleur ? vous n'avez pas mal ou est-ce que c'est un peu ?".</p>	<p>amputations : les sensations et douleurs de membre fantôme.</p>
---	--------------------------------------	---	--

Quelles sont les méthodes que vous mettez en place pour réduire cette douleur induite ?

Méthodes médicamenteuses	Méthodes non médicamenteuses	Présence soignante	Organisation du soin
<p>Tout ce qui est traitements prescrits</p> <p>Tout ce qui est anesthésiant sur les plaies systématiquement MEOPA et cetera</p> <p>Alors l'EMLA, très peu chez le bébé</p>	<p>Maintenant tout ce que j'ai en compétence hypnotique et communication thérapeutique ça marche super bien musique, on a des huiles essentielles</p> <p>La grande méthode en fait chez le bébé, nous c'est le saccharose associé à la succion quel qu'elle soit</p>	<p>Simplement être là, la présence, leur dire qu'on est là tout simplement c'est très important</p> <p>L'observation et l'écoute c'est le plus important</p> <p>Il faut rassurer le patient, valider l'inconfort du patient, sa douleur. Quand il dit qu'il a mal, « oui je comprends, je</p>	<p>La première chose c'est de se mettre en condition dans l'environnement.</p> <p>C'est à dire qu'on va être avec le papa ou la maman qui va nous aider à contenir son bébé.</p>

		vois bien que vous avez mal puisque je vois que vous grimacez, je l'entends bien, je vous entends crier et puis même gémir et cet inconfort je le ressens ».	
--	--	--	--

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

PETIT Marina

L'infirmière face à la douleur induite

A nurse can be confronted to various care situation that are likely to induce pain. Through this research work, the aim is to understand how nurses' perceptions influence their management of the pain induced by the technical care. This problematic was raised by one observation: induced pain is always taken into account when caring for children, while analgesic methods are rarely used for adults. A comparison of the authors' point of view on the subject and interviews with two nurses in the field was carried out in order to answer this problematic. This study points out the influence of our perceptions on our behaviour and practices; particularly facing induced pain, which is a subjective and complex concept. Therefore, this research work shows the importance of questioning the nurse herself about the nature of the car, the factors that will influence pain and its evolution, in order to provide the most appropriate analgesic methods.

Keywords: induced pain, cares, analgesia, perceptions, questioning

Une infirmière peut réaliser de nombreux soins pouvant induire une douleur. A travers ce travail de recherche, il s'agit de comprendre en quoi les représentations de l'infirmières influencent sa gestion de la douleur induite par les soins techniques. Cette problématique a été soulevée par une constatation : la douleur induite est toujours prise en compte lors des soins auprès des enfants tandis qu'auprès des adultes les méthodes antalgiques sont rarement mises en place. Une comparaison du point de vue des auteurs sur le sujet et des entretiens avec deux infirmières du terrain a été réalisée afin de répondre à cette problématique. Cette étude met en avant l'influence de nos représentations sur notre comportement et nos pratiques ; notamment face à la douleur induite qui est un concept subjectif et complexe. Ce travail de recherche montre donc l'importance d'un questionnement de la part de l'infirmière sur la nature du soin, les facteurs qui vont influencer la douleur et son évaluation, afin de mettre en place les méthodes antalgiques les plus adaptées.

Mots clés : douleur induite, soins, antalgie, représentations, questionnement

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFRIMIERS :
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2020