



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

“ Vous me faites mal ”



Douleurs liées aux soins - Wanquet-Thibault

Formateur référent : LEBRETON Anne-Marie

ARIBART Delphine  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021  
10 mai 2021





Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

“ Vous me faites mal “



Douleurs liées aux soins - Wanquet-Thibault

Formateur référent : LEBRETON Anne-Marie

ARIBART Delphine  
Formation infirmière  
Promotion 2018-2021  
10 mai 2021



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 :

"Vas me faites mal".....

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 10 mai 2021.....

Identité et signature de l'étudiant : Delphine ARIBART

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<sup>er</sup> : 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.

## Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser mon travail de fin d'étude. Je voudrais dans un premier temps remercier Madame Lebreton, formatrice de l'IFAS et référente de mémoire, pour m'avoir guidée et conseillée dans l'élaboration de mon travail et pour avoir pris le temps de répondre à mes questions. Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'IFSI du CHU de Rennes et les intervenants professionnels responsables de ma formation, pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci. Je remercie l'infirmière et l'aide-soignante que j'ai rencontrées en entretien individuel, pour le temps qu'elles m'ont accordé et les informations qu'elles m'ont apportées. Une pensée aussi à mes proches qui m'ont soutenue tout au long de ma formation et tout particulièrement ces derniers mois. Enfin, je remercie tous les patients, que j'ai pu prendre en soin durant mes trois années de formation, qui m'ont permis d'apprendre mon métier, de me remettre en question, en résumé qui m'ont permis d'être la soignante que je suis aujourd'hui.

## Sommaire :

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Le cheminement vers la question de départ</b> .....	2
1. Les situations d'appels	2
2. L'analyse et la question de départ	4
<b>Le cadre théorique</b> .....	6
1. La douleur induite par les soins	6
1.1 Douleur induite : de quoi parle-t-on ?	6
1.2 Les composantes de la douleur	7
1.3 Aspect législatif et éthique	7
1.4 La douleur : un phénomène subjectif	8
1.5 Evaluation de la douleur	9
2. Les représentations sociales de la douleur	10
3. Les caractéristiques de la personnes âgée	11
4. Les attitudes soignantes et les moyens face à la douleur induite	12
<b>Le dispositif méthodologique et l'analyse du recueil de données</b> .....	15
1. Les objectifs du guide d'entretien	15
2. La population interviewée	15
3. L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens	16
4. Le bilan du dispositif	16
<b>L'analyse descriptive des entretiens</b> .....	17
1. Les connaissances en termes de douleur induite	17
2. Les soins perçus les plus douloureux par le soignant	17
3. Les éléments sur lesquels se basent les professionnelles pour évaluer la douleur	18
4. Les moyens mis en place pour pallier la douleur induite par les soins	18
5. Les répercussions d'une douleur peu ou pas soulagée sur le soignant	19
6. Les besoins et les attentes dans la prise en soin de la douleur induite	19
<b>La discussion</b> .....	21
<b>Conclusion</b> .....	26
<b>Bibliographie</b> .....	28
<b>Annexes</b>	

## Siglier :

UVSA : Unité de Vie et de Soins Alzheimer

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

E.V.A : Échelle visuelle analogique

ECPA : Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Âgée

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

## Citations :

**« Si je puis me représenter ma douleur, si autrui peut le faire aussi ou si nous disons que nous le pouvons, comment peut-on vérifier si nous nous sommes correctement représentés cette douleur, et avec quel degré d'incertitude. »**

WITTGENSTEIN.L - 1970

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

LE BRETON.D - 2015



## Introduction :

La douleur. On la connaît tous. Elle fait partie de la vie de chacun d'entre nous. En tant que soignants, nous nous trouvons face au phénomène de la douleur chaque jour et dans tous les services de soins. Nous avons le devoir, en tant que professionnels de santé, de la soulager. Depuis quelques années, la notion de douleur induite est apparue. Elle est de plus en plus évoquée dans nos cours et même dans nos lieux de stage. L'évolution des connaissances nous donne aujourd'hui les moyens permettant de réduire une bonne partie des douleurs induites par les soins. De nombreuses méthodes médicamenteuses (anesthésiant local, morphinique) et non médicamenteuses (communication thérapeutique, détourner l'attention) se sont développées. Pourtant, elles restent encore peu utilisées dans les services.

Lors de mes différents stages j'ai pu rencontrer des difficultés à percevoir ou non la douleur causée par les soins. Ces situations m'ont amenée à me questionner et à comprendre que lors des soins que je prodigue, j'ai une influence sur cette douleur. Ce mémoire va être l'occasion de faire des recherches dans le but d'améliorer ma pratique. Il représente le fruit de mois de travail et de réflexion autour de deux situations de départ ayant suscité un intérêt particulier pour moi, et vient clore la formation en soins infirmiers.

Le thème central de mon mémoire porte sur la douleur induite lors des soins réalisés, plus précisément, auprès de personnes âgées. Tout d'abord, je présenterai la situation qui a fait mûrir mon questionnement par rapport à la prise en soin de la douleur. Puis, j'exposerai le fruit des recherches théoriques sur la douleur induite par les soins, sur l'impact de la représentation de la douleur induite par l'infirmier ainsi que sur les moyens que nous avons à disposition pour diminuer cette douleur induite. Enfin, je présenterai les résultats des entretiens réalisés dans un service auprès de professionnels ayant des fonctions différentes et l'analyse de ceux-ci.

## Le cheminement vers la question de départ :

### **1. Les situations d'appels**

Les deux situations se passent lors de mon troisième stage au cours de la formation d'infirmière. Je suis donc étudiante en deuxième année. Le stage se déroule en EHPAD à la fois en Unité de Vie et de Soins Alzheimer (UVSA) et en unité traditionnelle.

#### → Situation n°1 :

La situation concerne Mme R âgée de 78 ans. Mme R est arrivée le 30/01/2019 à la résidence en raison d'un maintien à domicile difficile du fait de l'aggravation de la maladie ainsi qu'une fatigue de l'aidant. Les troubles cognitifs sont apparus en 2017 et ont rapidement évolué. Mme R ne parle pas, a habituellement un faciès crispé et peut parfois pousser des petits cris lorsqu'on la touche.

Nous sommes dans l'unité protégée. Pour expliquer le contexte, Mme R a chuté le 10/12/19 de sa hauteur contre le radiateur. Dans la nuit, elle a été transférée aux urgences d'une clinique proche de Rennes. Les examens radiologiques ont montré une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. Mme R est revenue à l'UVSA en fin de nuit avec un coude au corps et des antalgiques.

Je prends en soins Mme R dès le lendemain de la chute. Après une réflexion en équipe, il est décidé que durant la prescription du coude au corps, la toilette de Mme R sera réalisée par deux infirmières (une qui tient le membre pour garder la position de coude au corps et ainsi éviter la survenue de la douleur et l'autre qui effectue les soins d'hygiène). En effet, il s'est avéré que certaines aides-soignantes ne maîtrisent pas la pose du matériel et que cela pourrait avoir un préjudice sur la bonne prise en compte de la douleur.

Il est neuf heures et demie, je prépare le matériel nécessaire pour accompagner Mme R à la réalisation de la douche. Je me dirige vers sa chambre avec l'infirmière présente ce matin-là. Je lui dis bonjour et avec l'infirmière on aide Mme R à se lever de son lit. Au lever, Mme R a du mal à se mettre debout en raison d'une raideur de l'ensemble du corps. Nous l'accompagnons jusqu'à la salle de bain. Nous l'aidons à s'asseoir sur la chaise de douche. Je préviens Mme R que je vais enlever ses vêtements puis le coude au corps. Lors du déshabillage, Mme R essaye d'arracher le coude au corps et lorsque que je l'enlève, le bras de Mme R reste en écharpe, c'est-à-dire qu'elle garde la même position. Je réalise la douche pendant que l'infirmière tient le bras de Mme R en écharpe pour

maintenir l'immobilisation. Lors de la douche j'essaie de percevoir ce qui pourrait traduire une douleur de la part de Mme R. Je remarque qu'elle pousse de petits cris lors de la manipulation du membre fracturé et quand elle se lève, me tourne le dos. Face à ses réactions, je suis un peu déstabilisée. Je me demande si les différentes manifestations de Mme R traduisent une douleur ou si cela correspond à sa pathologie. Ensuite, nous aidons Mme R à se sécher et à s'habiller. L'infirmière met un maillot de corps en dessous du coude au corps dans le but de garder le bras droit immobilisé pendant quarante-huit heures, au moins les premiers jours suivant l'accident. En lien avec les ergothérapeutes, il a été mis en place une ceinture abdominale pour nous permettre de guider Mme R lors des déplacements et d'avoir un point d'appui en cas de glissement ou de chute. Pour respecter les habitudes d'hygiène de Mme R, nous appliquons sa crème de jour, du parfum ainsi que ses lunettes et les prothèses dentaires après les avoir brossées. À la fin de ce soin, je me demande ce que ressent Mme R lors des manipulations, si elle ressent des douleurs et si les mesures mises en place la soulagent. De plus, selon la prescription du médecin, l'administration d'antalgiques était à évaluer par l'infirmière présente. En fonction des infirmières, Mme R pouvait avoir une prémédication ou ne pas en avoir. Généralement, nous évitions de donner un gramme d'antalgique car Mme R a une faible tolérance à ceux-ci et peut apparaître sédatisée suite à la prise.

→ Situation n° 2 :

La deuxième situation concerne Mme T âgée de 88 ans au sein de l'EHPAD traditionnel. Mme T est arrivée le 03/10/2019. Elle a été adressée par son médecin traitant pour une plaie mixte du membre inférieur droit hyperalgique sur un terrain d'AOMI traitée par angioplastie fémoro poplitée droite en juin 2019. Cette douleur avait des répercussions sur la marche, sur son sommeil et sur son autonomie.

Il est huit heures, je vais chercher le traitement morphinique per os dans le coffre à stupéfiant. Je trace la prise de stupéfiant sur le registre prévu à cet effet. J'apporte le comprimé à Mme T une heure avant la réfection du pansement d'ulcère mixte afin que l'effet du traitement ait le temps d'agir. Une demi-heure avant le soin, je retourne voir Mme T. J'enlève le pansement délicatement pour éviter de causer des douleurs. La plaie est exsudative. Ensuite, j'applique la crème anesthésiante à l'aide de compresses. Je demande à Mme T de mettre la tête en arrière pour lui administrer le spray nasal morphinique. Au bout de vingt minutes, je reviens dans la chambre de Mme T et j'allume ma présence. Je nettoie la jambe de Mme T à l'aide de savon doux pour enlever le plus gros de la crème anesthésiante. Je demande à Mme T si je n'appuie pas trop fort et si l'eau n'est pas trop chaude puis je sèche. Après je nettoie plus en détail la plaie à l'aide de compresses imbibées

de sérum physiologique en respectant les règles d'asepsie. Je mets des lunettes de protection afin d'éviter des projections au niveau des yeux. Je demande à Mme T de m'avertir en cas de douleur. Je branche le dispositif Jetox (ressemble à un petit karcher) sur la prise air et je réalise une détersion en passant sur les berges de la plaie et sur la totalité de l'ulcère pour essayer de décoller des morceaux fibrineux. Je réalise une détersion plus fine à l'aide d'une curette. Puis, je sèche la plaie à l'aide de compresses en tamponnant. La berge du bas est toujours fibrineuse quand à la berge du haut elle tend à se combler. Ensuite, j'applique le traitement dermocorticoïde sur les zones concernées. J'appose une matrice absorbante sur la plaie pour absorber les exsudats. J'entoure la cheville et la jambe à l'aide de grandes compresses et de bandes de crêpe afin de maintenir la matrice absorbante. Je ferme le pansement en collant des bandes adhésives. Enfin, j'aide Mme T à mettre ses bandes de contention. Toutes les soixante-douze heures, je dois changer le patch morphine. Tout au long du soin, j'observe le faciès de Mme T pour essayer de détecter une douleur. Finalement, Mme T n'a exprimé aucun signe de douleur pendant la réalisation du soin.

## **2. L'analyse et la question de départ**

Dans les deux situations présentées, des actions ont été mises en place pour anticiper et soulager la douleur pouvant être ressentie. Pourtant, dans la première situation je n'étais pas à l'aise alors que dans la deuxième oui. Je me suis donc demandée quelle était la cause de mon malaise.

Dans la première situation, étant donné que c'était un début de prise en soin, il n'y avait pas de protocole mis en place pour soulager ou détecter la douleur de Mme R. De par ses troubles cognitifs, Mme R ne s'exprime pas verbalement et a un faciès habituellement crispé. La communication verbale et non verbale est de ce fait plus difficile parce que je n'avais pas de feedback au message que je transmettais. Je me demandais donc : " Est-ce que Mme R est douloureuse et quels éléments surveiller pour percevoir une douleur induite pendant le soin ? ". Lorsque je perçois des signes de douleur pendant la réalisation de soins de confort ou de soins techniques, que puis-je mettre en place pour soulager et diminuer cette douleur induite ? Lors de cette situation nous n'avons pas utilisé de grille d'évaluation de la douleur adaptée aux personnes non communicantes. Le fait de ne pas utiliser d'outil d'évaluation, de ne pas avoir une base commune d'évaluation pour tous les soignants, a fait que l'évaluation reposait seulement sur la façon dont l'infirmier perçoit la douleur chez l'autre et en même tant est impactée par ses propres représentations de la douleur induite. Ce qui m'a amenée à me demander si la perception de la douleur induite propre à chaque infirmier modifie la prise en compte ou non de celle-ci. Un autre facteur est que la réalisation de la douche fait

partie des soins de confort et ne devrait pas provoquer de la douleur. En tant que soignante, j'avais réellement envie de faire au mieux pour le confort et le bien-être de Mme R, comme si provoquer de la douleur nous enlevait cette sensation de soigner les personnes.

La deuxième situation ne m'a pas vraiment posé question parce qu'un protocole avait été mis en place pour pallier la douleur de Mme T. De plus, Mme T était capable d'exprimer ou non sa douleur tout au long du soin. Ce qui me permettait de faire attention à tel ou tel geste et de réajuster à tout moment. Le pansement était réalisé tous les deux jours ce qui fait que je connaissais bien le protocole et pouvait détecter rapidement quand le soin était douloureux pour Mme T. Tous ces éléments ont fait que lors de ce soin je me sentais à l'aise.

Suite à l'analyse de ces deux situations d'appels, la question de départ que je souhaite traiter est :

**En quoi la perception de la douleur induite par l'infirmier impacte ou non sa prise en compte lors des soins réalisés auprès de personnes âgées en structure de soins ?**

Je vais explorer cette question en trois parties. Tout d'abord, je vais présenter le fruit des recherches théoriques, puis celui des entretiens. Enfin, je mettrai en relation les résultats d'analyse des entretiens avec ma question de départ et j'exposerai mon avis sur la question.

## Le cadre théorique :

### **1. La douleur induite par les soins**

#### **1.1 Douleur induite : de quoi parle-t-on ?**

Avant de parler de douleur induite, je pense qu'il est important de définir la douleur en elle-même. Selon l'association internationale de l'étude de la douleur (IASP) la douleur est : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes » (Notes de cours : Douleurs et rôle infirmier, 2019). David Le Breton dans son livre *Anthropologie de la douleur*, qualifie cette définition de trop nuancée et sans doute insuffisante (1995). En effet, la douleur est une notion subjective car elle est issue d'une expérience personnelle pour laquelle aucun marqueur biologique ne peut l'évaluer. Récemment ce même institut a modifié cette définition ainsi : « Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemble à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » (cité par Mc Ewan, en 2020). On constate que la dimension psychologique de la douleur est maintenant prise en compte.

La notion de douleur induite est apparue récemment, vers la fin du XXème siècle. Au cours de mes lectures, plusieurs termes sont apparus comme la douleur provoquée, la douleur induite et la douleur iatrogène. Face à ce flou linguistique, François Boureau a proposé des pistes pour définir ces différents termes.

Dans son livre "Les douleurs induites" réalisé à l'initiative de l'Institut UPSA de la douleur, il l'a définie comme étant « une 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 » (2005, cité par Wanquet-thibault, 2016, p. 6). David Le Breton parle de conséquences paradoxales (1995). Pascale Wanquet Thibault, pour sa part, définit la douleur provoquée comme étant les « douleurs recherchées volontairement par le médecin lors de l'examen clinique réalisé auprès du patient » (2015, p. 2). La douleur iatrogène renvoie à une « douleur non intentionnelle causée par un médecin ou un traitement ou pour laquelle les mesures de prévention se sont révélées inefficaces » (Wanquet-thibault, 2015, p. 2).

## **1.2 Les composantes de la douleur**

Il existe 4 composantes de la douleur. La composante sensorielle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de « la qualité de la stimulation (brûlure, décharges électriques, torsion...), de la durée (brève, continue...), de l'intensité, de la localisation, des circonstances de survenue et des causes aggravantes » (Mc Ewan, 2020). En résumé, cela correspond à ce que le malade sent. La composante émotionnelle intervient sur ce que le malade ressent. Autour des « aspects désagréables et pénibles de la douleur, la façon dont le patient la ressent : gênante, déprimante, agressive, fatigante, horrible, difficilement supportable. Elle s'accompagne des phénomènes d'anxiété et de dépression relatifs à la douleur » (Notes de cours : Douleurs et rôle infirmier, 2019). La composante cognitive est relative à la place que le malade accorde à la douleur dans l'histoire de sa vie. Elle fait appel aux processus mentaux susceptibles de modifier la perception de la douleur notamment en référence à des expériences antérieures personnelles, à des interprétations et à des conséquences supposées (Notes de cours : Douleurs et rôle infirmier, 2019). Enfin la composante comportementale est ce que le malade montre de sa douleur. On y retrouve « l'ensemble des manifestations de la douleur, conscientes ou non : les réactions endocriniennes et neurovégétatives, les manifestations verbales, les manifestations non verbales (plaintes, mimiques, postures antalgiques, limitation d'activités) » (Mc Ewan, 2020). Tous ces éléments vont nous permettre d'évaluer la douleur et de pouvoir mettre en place des solutions adaptées.

## **1.3 Aspect législatif et éthique**

Cette préoccupation face à la douleur induite dans les soins, est apparue la première fois dans le deuxième plan de lutte contre la douleur de 2002. Notamment l'axe 1 qui consiste à « prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie ». Il existe aussi l'Article L1110-5 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui dit 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 ». La prise en soin des douleurs ressenties par le patient est donc un droit de celui-ci. L'Article R 4311-2 point 5 du décret des actes professionnels, stipule que l'infirmier participe « à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes ». Nous voyons ici que c'est une obligation en tant que professionnels de santé d'agir contre la douleur. De plus, l'infirmier est tenu de faire évoluer ses pratiques par l'évolution des connaissances dans le domaine.

En ce qui concerne la formation infirmière, nous remarquons que la prise en soin de la douleur induite est comprise dans la compétence 4 et plus particulièrement l’item “Justesse dans les modalités de mise en oeuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques” où apparaît comme indicateur : “La prévention de la douleur générée par le soin est mise en oeuvre”. Lors des cours que j’ai reçus, la notion de douleur induite n’a pas été beaucoup abordée. Cependant, les étudiants infirmiers ont pu être plus ou moins sensibilisés à cette notion lors de leurs stages. Certains services sont en effet, orientés et centrés sur cette notion de douleur induite et sur les moyens de la prévenir.

À travers ces différents textes législatifs, nous nous rendons compte de la place qu’occupe l’infirmier dans ce domaine. Il est un maillon essentiel de la prise en soin de la douleur. La connaissance de ces textes permet à chaque professionnel de « prendre conscience de sa propre responsabilité dans l’exercice de sa fonction et d’améliorer son comportement vis-à-vis des douleurs liées aux soins » selon Jocelyne Le Gall (Avant-propos du livre de Wanquet-Thibault, 2015, p. XIII).

Du point de vue éthique, l’infirmier qui ne prendrait pas en compte l’expression du patient d’une douleur due aux soins réalisés « pose un problème de sa connaissance et de l’application des droits des patients » compte tenu des différents textes législatifs cités plus haut (Wanquet-Thibault, 2015, p. 26). Selon Pascale Wanquet-Thibault, le questionnement se porte aussi sur son rôle de soignant et de ce que le terme soigner signifie pour lui (2015).

#### **1.4 La douleur : un phénomène subjectif**

Le terme subjectif se définit comme étant « ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun » (Dictionnaire Larousse). En effet, la douleur est une notion subjective dans la mesure où elle est propre à chaque individu. Selon Maryse Savoie la douleur est « une expérience personnelle hautement subjective pour laquelle il n’existe aucun marqueur biologique » et « les patients sont seuls à pouvoir décrire correctement leur degré d’inconfort » (2008, p. 21-22).

Plusieurs facteurs font de la douleur une notion subjective. Patrick Martin-Mattera dit qu’une personne peut travailler sur le statut de la douleur soit en faisant une « fatalité biologique, psychique, sociale » soit « un symptôme de sa difficulté d’être » (2014, p. 118). La douleur n’est pas hors d’atteinte du sujet du fait de la signification qu’elle revêt pour lui. Il peut ainsi agir sur elle (Le Breton, 1995). Le fait même de parler de ce qui la provoque ou l’entoure permet déjà d’atténuer son



intensité. De plus, attribuer un sens à la douleur, une signification permet à la personne de mieux la supporter (Martin-Mattera, 2014). Pour Patrick Martin-Mattera « d'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique » (2014, p. 118).

Une douleur physique peut également traduire le symptôme d'une souffrance psychique. En effet, pour le sociologue et anthropologue David Le Breton, il n'y a pas d'un côté la douleur corporelle et de l'autre la souffrance psychique, « la douleur implique la souffrance » (2009, p. 325).

La dimension subjective de la douleur est donc à considérer sur plusieurs plans : « celui de la position subjective du patient (acteur, victime, révolté, résigné, etc.), celui du statut psychique de la douleur (fatalité extérieure ou symptôme "intérieur"), celui du thérapeute (ou de l'analyste), celui d'une politique de soin qui tienne compte aussi des phénomènes non objectifs propres au registre de l'humain » (Martin-Mattera, 2014, p. 123). Pour Alexandre Klein « La question de la douleur appelle véritablement celle de l'intersubjectivité : le malade possède la vérité sur sa douleur, tandis que le médecin en possède, peut-être, les possibilités de soin. Le traitement de la douleur ne peut donc s'inscrire que dans la collaboration active de ces deux acteurs » (2007, p. 138). Ainsi Aurélien Dutier écrit que c'est à partir de la « subjectivité de la personne [...] que l'on peut penser, construire et déployer les soins contre la douleur » (2013, cité par Martin-Mattera, 2014, p. 123).

## **1.5 Evaluation de la douleur**

L'évaluation de la douleur peut se faire sur 2 plans : soit la personne s'évalue elle-même, ce qu'on appelle l'auto-évaluation, soit une personne extérieure évalue la douleur à partir de l'observation qu'elle en fait (hétéro-évaluation).

En ce qui concerne l'auto-évaluation, les évaluations les plus courantes sont l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) et l'échelle visuelle simple (EVS). L'autoévaluation est la majeure partie du temps privilégiée, quand cela est possible, car le patient est le seul à ressentir sa propre douleur et donc à pouvoir l'évaluer correctement. Ce que nous pouvons remarquer c'est que ces outils évaluent seulement l'intensité de la douleur. Il est donc nécessaire de poser d'autres questions pour connaître l'endroit de la douleur, le type et la nature de la douleur. Ces outils de mesure ont l'avantage d'exprimer la douleur du patient telle qu'il la ressent personnellement. Cependant, « ils ne permettent pas de tenir compte de l'erreur de mesure entraînée par l'appréciation de chaque individu : une douleur quantifiée à " 5 " n'est pas forcément aussi intense chez deux individus » (Bouveron, Chalancon, B, 2020). Pascale Wanquet-Thibault propose, elle, une

évaluation fondée sur la silhouette associée à une EVA notamment lorsque le patient a plusieurs soins et plusieurs sites de douleur. Cela permet de mieux identifier les différentes sources de douleur et d'agir sur chacune d'elles (2015).

En ce qui concerne l'hétéro-évaluation, on retrouve notamment l'échelle ECPA, Algoplus. L'Algoplus permet d'évaluer les douleurs aiguës, et en particulier celle induite par les soins chez le sujet âgé ayant des troubles de la communication verbale. « L'échelle ne nécessite pas de connaître les comportements antérieurs du patient pour coter : le soignant observe successivement le visage, le regard, la bouche (son émis) et le corps avec les comportements "par défaut" (attitudes figées) ou "par excès" (agitation). » (Rat, Jouve, Bonin-guillaume, 2010, p. 47). Elle peut être complétée par l'échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA) qui est utilisée chez les personnes non communicantes. Elle comprend 8 items permettant l'observation du patient avant et pendant le soin. La comparaison des scores globaux permet d'ajuster les thérapeutiques.

La perception différente de la douleur de chaque individu entraîne la complexité de la mesure de la souffrance. Il est donc difficile d'en établir une évaluation universelle. La souffrance n'est pas forcément quantifiable, il est toutefois possible de la situer par rapport à une autre souffrance et ainsi de classer et d'ordonner les souffrances. Le seul moyen dont dispose une personne pour évaluer la douleur d'un sujet est le comportement de ce sujet face à la douleur (Bouveron, Chalancon, B, 2020).

## **2. Les représentations sociales de la douleur**

Les représentations sociales, « c'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » selon Jodelet D. (1989, cité par Peoc'h, Lopez, Castes, 2007, p. 87).

Le CLUD de Toulouse a réalisé une étude qualitative sur les représentations sociales et professionnelles. Il s'agissait d'appréhender les représentations professionnelles d'un soignant par rapport à la douleur induite. Il en est ressorti quatre catégories de professionnels. Pour les "praticiens" (classe 1) composés de médecins, « la douleur induite par les soins est vue dans son inscription législative et préventive. Ils sont tournés à la fois vers l'information et l'explication » (Peoc'h, Lopez, Castes, 2007, p. 89). La classe deux est constituée de sujets féminins occupant la fonction d'aide-soignante et d'infirmière. Le discours porte sur la reconnaissance et l'identification des soins douloureux dans leur dimension physique et psychique (Peoc'h, Lopez, Castes, 2007). La classe trois appelée "Les relationnels" est constituée de sujets occupant la fonction d'aide-soignant et

de kinésithérapeute. Le discours s'inscrit dans un « ensemble de valeurs tourné vers la prise en charge relationnelle de la douleur en termes d'écoute, de confort et de douceur » (Peoc'h, Lopez, Castes, 2007, p. 89). Enfin, la classe quatre est constituée de sujets occupant la fonction d'IDE, ainsi que la fonction d'IADE. Leur discours s'appuie sur l'acte prescrit, avec une visée centrée sur la priorité du geste technique dans le cadre de l'urgence. Leur pensée professionnelle est illustrée par l'affirmative suivante : « ce que je fais dans ma pratique quotidienne est douloureux, mais je suis dans un contexte qui peut être vital » (Peoc'h, Lopez, Castes, 2007, p. 90).

Cette étude a permis de mettre en évidence que « en fonction de l'histoire propre du soignant, de son identité professionnelle et de son appartenance groupale, du contexte socioprofessionnel dans lequel il exerce son activité », les représentations de la douleur induite sont différentes et sa manière d'y réagir aussi (Peoc'h, Lopez, Castes, 2007, p. 92).

L'enquête ASTRA / SOFRES12 a étudié les facteurs influençant la douleur des gestes invasifs (cf tableau annexe 1). Pour les patients interrogés la douleur dépend de qui fait la piqûre, du produit que l'on injecte et de l'endroit où l'on fait la piqûre. Il est intéressant de voir que pour les patients, les trois catégories qui ont les plus petits pourcentages (7-19%), sont la fatigue ou l'état d'esprit du patient, la crainte du patient à la vue du matériel de piqûre et de l'état physique du patient. En fait, tous les domaines qui les concernent directement sont pour eux peu influents sur la douleur lors de gestes invasifs. Alors que pour les infirmières, cela dépend du produit que l'on injecte, de la répétition des piqûres et de la fatigue ou de l'état d'esprit du patient, « domaines qui finalement renvoient à d'autres intervenants (produit = laboratoire pharmaceutique, répétition des piqûres = médecin prescripteur, état du patient = patient lui-même) » (Olivier et Quintard, année inconnue). Ainsi les représentations de la douleur induite ne sont pas les mêmes selon la position que nous adoptons : infirmier ou personne soignée.

On peut donc en conclure que « ce que je suis (moi soignant) influencerait ma manière de prendre en charge la douleur induite par les soins » (Peoc'h, Lopez, Castes, 2007, p. 93).

### **3. Les caractéristiques de la personnes âgée**

Au niveau biologique, aucun changement n'est constaté concernant la sensibilité, le toucher lors du vieillissement de la personne. Une personne âgée comparée à un adulte ne ressent pas différemment l'intensité de la douleur. La différence peut être dans l'expression de la douleur. La personne âgée va peut-être avoir plus de mal à verbaliser sur cette douleur, la décrire. Ce que nous

remarquons c'est qu'en général cette douleur n'est pas localisée à un endroit mais plutôt globale. Nous parlons alors de douleur globale ou "total pain" pour les anglo-saxons ce qui rend son évaluation plus difficile (Pradines, 2020). Cette douleur a souvent un impact sur les actes de la vie quotidienne en créant une limitation fonctionnelle (Doubrère JF 1999, cité par Pradines, 2020) et sur la durée entraîne un retentissement sur le moral de la personne âgée. En effet, les douleurs touchant ce type de public durent généralement plus de 6 mois, ce que nous pouvons définir comme douleur chronique (Pradines, 2020).

En ce qui concerne les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, il a été montré que la démence en soi n'exerce aucun impact sur le seuil douloureux ni sur la tolérance à la douleur. Cependant, plusieurs études montrent qu'ils reçoivent moins d'analgésiques que les autres patients (Savoie, 2008). En effet, ces patients ayant des difficultés à exprimer verbalement leur douleur, l'infirmière aurait tendance à sous-estimer la douleur éprouvée par ses patients (Choinière, Melzack, Girard, Rondeau, Paquin, 1990 cité par Savoie, 2008).

#### **4. Les attitudes soignantes et les moyens face à la douleur induite**

Pour mettre en place des moyens de prévention, cela nécessite de les connaître. Afin d'être le plus efficace possible, « on va utiliser une analgésie multimodale qui va être adaptée à la durée et au niveau de douleur du geste ainsi qu'aux besoins du patient en matière d'antalgique et d'anxiolytique » (Wanquet-Thibault, 2015, p. 100).

Pascale Wanquet-Thibault identifie 2 types de démarche : la démarche collective et la démarche individuelle.

Lors de la **démarche collective**, il peut être utile de s'interroger sur les pratiques réalisées au sein du service et sur les conditions générales de réalisation des soins. Par exemple, est-ce que ce soin est nécessaire ? Est-ce qu'il ne cause pas plus de désagrément et de douleur qu'il n'est utile dans la prise en soin ? Nous pouvons aussi nous questionner sur la répétitivité des soins (Wanquet-Thibault, 2015). Prenons l'exemple d'un bilan sanguin dans un service de cardiologie. Un bilan sanguin est programmé le lundi afin de vérifier l'efficacité des traitements anticoagulants. Le mercredi le médecin prescrit un autre bilan alors qu'un bilan est déjà prévu le vendredi qui arrive. Nous pourrions voir avec le médecin s'il est possible de regrouper les bilans prévus le mercredi et le vendredi pour éviter de piquer plusieurs fois dans la semaine. La notion de collaboration est très importante qu'elle soit entre l'aide-soignante, l'infirmière et le médecin notamment dans le fait de

travailler en binôme et de regrouper les soins. Pascale Wanquet-Thibault souligne l'importance de « l'anticipation que demandent certains moyens antalgiques pour être efficaces » (2015, p. 76). En effet, il faut bien respecter le temps de délai d'efficacité avant de commencer le soin. Il peut aussi être créé des documents adaptés et accessibles qui pour la toilette, par exemple, explique tous les moyens possibles à mettre en place. Sur le long terme il faut entretenir la formation du personnel afin de toujours se tenir au courant des nouveaux moyens existants (Wanquet-Thibault, 2015).

Il y a aussi des actions que chaque soignant peut mettre en œuvre, c'est ce que Pascale Wanquet-Thibault appelle la "**démarche individuelle**". En effet, la posture du soignant peut influencer en positif ou en négatif le vécu du patient sur le soin. Pour le patient, savoir que le soignant est à 100% avec lui et qu'il est disponible influencera la qualité de sa prise en soin. Pour Pascale Wanquet-Thibault, il s'agit de se centrer "ici et maintenant" malgré les nombreuses tâches qui nous restent à effectuer en sortant de la chambre du patient (2015). La notion de coping positif est un élément important. Cela se définit par le fait d'être conscient de ses capacités, de ses limites, de ses difficultés et le cas échéant de solliciter l'aide d'un collègue lorsqu'une tâche devient compliquée à réaliser pour nous (Wanquet-Thibault, 2015). Au niveau du langage, Pascale Wanquet-Thibault conseille d'utiliser un langage positif (ex : "Je dépose un produit qui est frais .... Respirez tranquillement tout va bien je m'occupe de vous."), d'éviter les négations comme "ne vous inquiétez pas", ainsi que d'obtenir des informations de la part du patient. Par exemple : a-t-il déjà eu ce soin ? Comment l'a-t-il vécu ? (2015). Les mots que nous utilisons ont une importance et un effet sur ce que le patient peut ressentir. Un langage positif permettra au patient de sentir l'empathie et le soutien dont il a besoin. Le langage non verbal que nous associerons à nos paroles renforcera le sentiment de soutien et d'empathie (Marion, 2020). L'environnement joue aussi un rôle. Un endroit calme et respectueux de l'intimité du patient favorisera un soin de qualité. Lorsque nous maîtrisons le geste, le soin, cela permet d'être plus disponible pour mettre en œuvre des techniques de distraction. Parfois, travailler en présence des proches du patient permet au patient de se sentir en confiance, moins seul et peut constituer une aide pour nous afin de détourner l'attention du patient de l'acte réalisé (2015).

On peut séparer les moyens non médicamenteux en 3 catégories.

Tout d'abord, les moyens physiques et physiologiques qui comprennent par exemple le gate control, le toucher, le massage et la cryothérapie. Ensuite, la méthode cognitivo-comportementale. Avant le soin, nous pouvons informer le patient et préparer tout le matériel nécessaire à la réalisation du soin. Après le soin, nous pouvons utiliser le renforcement positif en félicitant, valorisant ou en projetant les capacités du patient à faire face. Et enfin les pratiques psycho corporelles, c'est-à-dire

l'hypnose, la distraction, la sophrologie, le travail sur la respiration, le relâchement musculaire, la musique (Davy, 2020).

Au niveau médicamenteux, il existe des moyens locaux comme les crèmes analgésiantes type Emla ou des sprays type Xylocaïne. Dans les moyens à effet général nous retrouvons le meopa, le néfopam et la morphine. Pour Pascale Wanquet-Thibault « l'utilisation de placebo est à proscrire pour des raisons éthiques » mais la recherche de l'effet placebo peut être efficace (2015, p. 124). Il correspond au fait d'être convaincu des moyens proposés aux patients. En effet, si le soignant propose une méthode, un moyen mais dit au patient que c'est efficace dans peu de cas ou que nous ne sommes pas sûrs de son utilité cela aura une influence sur la vision du patient et donc au final, l'efficacité du traitement (Pascale Wanquet-Thibault, 2015).

Ce cadre théorique nous a permis de mieux appréhender les différentes notions abordées dans la question de départ. Maintenant, je vais détailler la méthodologie suivie pour réaliser le recueil de données.

## Le dispositif méthodologique du recueil de données :

### **1. Les objectifs du guide d'entretien**

Pour réaliser mes entretiens, j'ai élaboré un guide d'entretien composé de neuf questions ouvertes dont la première visait à établir le profil de la personne interviewée et savoir où elle se situe au niveau des connaissances sur le thème de ma recherche, si elle a déjà eu une formation dans le domaine ou non. La deuxième question s'intéresse aux soins perçus les plus douloureux par le soignant lors de sa pratique professionnelle. La troisième, tâche à déterminer si la notion de douleur induite est connue ou non par le professionnel. La quatrième question traite de la prise en compte de la douleur induite par la structure et des réponses qu'elle met en place pour pallier cette douleur. La cinquième cherche à percevoir ce qui amène une infirmière à administrer des antalgiques ou ce qui amène une aide-soignante à solliciter, à demander des antalgiques. La sixième vise à savoir sur quoi se basent les professionnelles interrogées pour évaluer la douleur chez les personnes ayant des troubles cognitifs (ex : observation simple, utilisation de grille spécifique...). La septième tâche à déterminer si l'infirmière et l'aide-soignante ont conscience qu'il existe des moyens non médicamenteux pour pallier la douleur qui sont à la portée de tout le monde et le cas échéant ce qu'elles mettent en place. La huitième cherche à percevoir les répercussions d'une douleur peu ou pas soulagée sur le soignant et sur son rôle de prendre soin. Enfin, la dernière question concerne les possibles points d'amélioration attendus en termes de formation ou de moyens au sein de la structure.

### **2. La population interviewée**

Afin de mener mon recueil de données, j'ai décidé d'interviewer deux professionnelles, une infirmière et une aide-soignante, dans un service d'Unités de Soins Longue Durée (USLD) où j'ai réalisé mon stage de semestre 6-1. J'ai choisi d'interroger à la fois une jeune diplômée et une plus expérimentée pour pouvoir confronter leur point de vue et peut être constater une différence ou une évolution des messages véhiculés lors de la formation professionnelle. L'infirmière est diplômée depuis trois ans et travaille actuellement en service d'USLD. Elle a aussi travaillé 2 mois après le diplôme en service d'urgence de nuit. L'aide-soignante est diplômée depuis huit, neuf ans et travaille actuellement en service d'USLD. Elle a auparavant travaillé en unité de soins palliatifs.

### **3. L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens**

Dès la première semaine de stage, j'ai eu l'occasion de discuter avec deux infirmières du fait que je souhaitais réaliser mes entretiens de MIRSI sur ce lieu de stage. Les deux se sont montrées disponibles. Je suis retournée vers l'une des deux. En ce qui concerne la prise de contact avec l'aide-soignante interviewée, nous avons réalisé ensemble deux jours de suite, l'aide à la toilette d'une patiente douloureuse que j'ai prise en soins lors de ce stage. J'ai perçu une sensibilité pour la prise en soins de la douleur chez cette soignante. Je lui ai expliqué que dans le cadre de mon mémoire, je devais interviewer des professionnels pour répondre à des questions en lien avec le thème de mon mémoire. Ensuite, je lui ai proposé de participer et elle a accepté. Nous avons tout de suite fixé une date de rencontre. Les deux entretiens ont été réalisés dans une salle de réunion au rez-de-chaussée du lieu de stage après notre temps de travail. J'ai décidé de ne pas donner ma question de départ aux deux professionnelles pour ne pas influencer leurs réponses. Cependant, je leur ai indiqué que mon mémoire était en lien avec la douleur et les personnes âgées.

Lors des deux entretiens, j'ai pris des notes synthétiques des réponses aux questions des deux professionnelles. En parallèle, avec leur accord, j'ai enregistré à l'aide de mon téléphone les entretiens pour pouvoir les retranscrire avec précision dans ce dossier.

### **4. Le bilan du dispositif**

Je n'ai pas eu de difficultés pour trouver des professionnels qui acceptaient de répondre à mes questions dans le cadre de mon mémoire. Cependant, j'ai eu quelques difficultés à trouver une date pour fixer les rendez-vous. Avec l'aide-soignante nous avons trouvé un créneau en fin de stage, seule possibilité de rendez-vous. Le jour J, j'ai dû la faire patienter cinq minutes, le temps de finir les transmissions. Pour l'entretien avec l'infirmière, nous n'avions pas vraiment fixé de rendez-vous dès le départ pour l'entretien. Étant donné qu'elle était ma tutrice de stage, nous devions fixer des rendez-vous pour réaliser les bilans de stage. Finalement, nous avons fait l'entretien lors de ma dernière semaine de stage. De plus, les deux entretiens ont été réalisés après une journée de travail donc forcément avec un peu de fatigue et l'envie de rentrer chez soi mais cela n'a pas perturbé la qualité des entretiens.



## L'analyse descriptive des entretiens :

Pour l'analyse des entretiens j'ai décidé de regrouper les commentaires issus des différentes questions pour en ressortir six grands axes d'analyse.

### **1. Les connaissances en termes de douleur induite**

Le niveau de connaissances sur le thème est différent entre l'infirmière et l'aide-soignante. L'une a eu une formation à travers sa formation initiale. L'autre a pu bénéficier d'une formation continue interne ayant pour thème un sujet autre que la douleur mais apportant tout de même des notions sur la douleur notamment lors des situations de fin de vie. L'une comme l'autre n'ont pas pu bénéficier d'une formation sur la douleur, même si l'infirmière est demandeuse de la formation.

Les deux professionnelles connaissent la notion de douleur induite et y mettent les mêmes termes pour la définir. Cela représente pour elles une douleur apportée à la personne et provoquée par les soignants ou par un acte de soins.

### **2. Les soins perçus les plus douloureux par le soignant**

En ce qui concerne les soins perçus les plus douloureux par le soignant, l'infirmière évoque en premier les soins techniques comme les prises de sang, la pose du garrot, les sous-cutanées et les sondages urinaires. En deuxième temps, elle parle de la toilette qui peut être un soin douloureux notamment pour les personnes crispées. L'aide soignante parle de plusieurs notions. Ce qui revient le plus souvent ce sont les mobilisations, que ce soit pour marcher ou lever un bras. Elle parle aussi de la réalisation de la toilette. Autre point qu'elle soulève, c'est la douleur émotionnelle face à la perte. Perte de son corps, se voir diminuer. Et enfin, elle mentionne la douleur psychologique ou d'appréhension où pour n'importe quel soin, qu'il soit technique ou de confort, le patient va avant même de commencer, ressentir ou du moins exprimer de la douleur soit par appréhension soit par mémorisation de la douleur ressentie la dernière fois. Si nous regardons la catégorie qui est revenue le plus de fois, nous voyons que ce sont les mobilisations mais ce point n'est évoqué que par l'aide-soignante. Ensuite, viennent les soins techniques mentionnés seulement par l'infirmière. Finalement, nous constatons que les deux professionnelles ont principalement répondu à la question en fonction de leur champ de compétences.

### **3. Les éléments sur lesquels se basent les professionnelles pour évaluer la douleur**

Les deux professionnelles peuvent solliciter des antalgiques à la demande même du patient quand il arrive à verbaliser sa douleur. Ensuite, l'infirmière pose la notion d'évaluation à l'aide d'échelles mais qui sont forcément associées à l'observation de l'état clinique du patient à différents moments. L'aide-soignante mentionne davantage l'observation à travers le faciès, le regard, la crispation et le froncement des sourcils. Elle ajoute également la discussion avec le patient, lorsque c'est possible, afin de déterminer s'il s'agit de l'angoisse ou de la douleur, et le cas échéant de la localiser.

Deux grands moyens sont ressortis des réponses des professionnelles pour repérer la douleur notamment chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs. D'une part, l'infirmière évoque les échelles qui vont permettre d'évaluer la douleur de la personne. Et d'autre part, il y a la connaissance de la personne, de ses habitudes. Toutes les deux évoquent le changement d'attitude avec le faciès, la façon de se tenir, la communication non verbale ainsi que le changement de comportement. L'aide soignante évoque l'agressivité. Nous constatons que les deux professionnelles se basent plus sur l'observation du patient à travers un changement d'attitude ou de comportement pour évaluer la douleur chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs.

### **4. Les moyens mis en place pour pallier la douleur induite par les soins**

Pour la question des moyens à disposition dans la structure pour prévenir la douleur lors de soins, trois grands axes ressortent.

Premièrement, l'évaluation qui peut être faite à partir d'échelles comme l'algoplus mais qui est réalisable suite à l'observation du faciès, du corps, des habitudes.

Deuxièmement, les moyens médicamenteux avec des seringues électriques ou des bolus d'antalgique et d'anxiolytique. Les deux professionnelles ont soulevé cette catégorie.

Troisièmement et ce qui revient le plus, c'est les moyens non-médicamenteux, évoqués à part égale par l'aide-soignante et l'infirmière. Nous retrouvons des techniques de l'ordre de la communication où l'infirmière va parler au patient, le prévenir et expliquer ce qu'elle va faire. L'aide-soignante essaye de discuter avec le patient pour chercher à comprendre ce qui se passe. D'autres techniques sont mentionnées comme l'écoute pour l'infirmière et la musique pour l'aide-soignante. L'aide-soignante finit en ajoutant la notion de feeling où le soignant, avec sa manière de ressentir les choses, va pouvoir anticiper la douleur.

À la question des alternatives à la prescription médicale, les deux professionnelles évoquent principalement des moyens non-médicamenteux et apportent des idées différentes de celles relevées lors des précédentes questions. Tout d'abord, avant le soin, toutes deux évoquent l'organisation et l'anticipation de celui-ci. L'infirmière parle de prévenir à l'avance le patient qu'un soin va lui être prodigué. L'aide-soignante, elle parle de bien préparer son matériel ou autre avant de commencer le soin ainsi que de mentaliser le soin. Ensuite, pendant le soin, l'infirmière évoque la notion d'attitude soignante en parlant doucement, en posant les actes doucement sans brusquer le patient. Puis, elle aborde différentes techniques comme les massages, le toucher corporel ou la proxémie. L'aide-soignante mentionne aussi un soin doux notamment les massages ainsi que la musique et l'utilisation de certaines odeurs pour apaiser la personne. Elle ajoute différentes techniques pour détourner l'attention du patient en discutant ou en utilisant un objet comme une peluche par exemple.

## **5. Les répercussions d'une douleur peu ou pas soulagée sur le soignant**

Les sentiments ressentis lorsqu'un patient reste douloureux est différent selon les deux professionnelles. L'infirmière ressent de la frustration et évoque le fait qu'elle ait l'impression de ne pas faire correctement son travail. Alors que l'aide-soignante est embêtée, agacée, peinée mais évoque le fait qu'elle garde sa distance face à cette situation. L'aide-soignante semble mettre en place un mécanisme de défense comme pour se protéger. L'une comme l'autre, sont dans une démarche active pour trouver d'autres stratégies qui pourraient soulager le patient.

## **6. Les besoins et les attentes dans la prise en soin de la douleur induite**

J'ai eu des réponses nombreuses et variées à la question des besoins et des attentes dans la prise en soin de la douleur. Tout d'abord, l'infirmière aborde l'envie d'avoir une formation sur la douleur qu'elle a demandée mais aussi sur la pratique Snoezelen. L'infirmière mentionne la présence de ressources au sein de l'équipe et exprime la nécessité de temps d'échanges en équipe pour évoquer des situations plus ou moins complexes et ainsi recueillir l'avis de chacun afin de trouver des pistes d'amélioration. Elle évoque aussi des ressources extérieures avec notamment l'animateur qui est formé au toucher-massage et l'équipe mobile des soins palliatifs présents au sein de l'établissement. En termes de matériel, certaines idées reviennent par rapport aux précédentes

questions comme la musique et l'utilisation d'huiles essentielles. Toutes deux évoquent la méthode Snoezelen soit sous forme de chariot ou de salle dédiée mais cela nécessite, comme dit plus haut, une formation. L'aide-soignante ajoute une demande de coussins masseurs en précisant qu'il faut que ce soit doux et que ce n'est pas forcément adapté à tous les patients. Les deux professionnelles parlent d'avoir plus de temps et de favoriser le travail en binôme notamment dans les situations difficiles comme pour les patients douloureux ou en fin de vie selon les propos de l'aide-soignante. L'aide-soignante aimerait une organisation du service qui permette la continuité des soins : Une aide-soignante prendrait en soin les mêmes patients sur plusieurs jours. De cette façon, elle pourrait évaluer l'état des patients sur les plans clinique et psychique et ainsi avoir un point de comparaison. Une différence entre l'infirmière et l'aide-soignante, c'est que l'infirmière demande plus de personnel et l'aide-soignante dit que le problème ne se situe pas tant au niveau du nombre de professionnels. En effet, dans le service, ils sont déjà sept aide-soignants le matin. Pour l'aide-soignante, il serait plus judicieux de diminuer le nombre de patients afin d'avoir plus de temps avec chaque patient et plus particulièrement avec les patients douloureux ou en fin de vie. Finalement, les besoins ou attentes qui ressortent le plus sont le matériel mais cela nécessite forcément plus de temps pour pouvoir l'utiliser ainsi que des changements dans l'organisation du service.

## La discussion :

En travaillant sur les différents concepts que sont : la douleur induite, la personne âgée et les représentations sociales de la douleur, cela a amené de nouvelles idées et de nouveaux questionnements. Pour rappel ma question de départ était : **En quoi la perception de la douleur induite par l'infirmier impacte ou non sa prise en compte lors des soins réalisés auprès de personnes âgées en structure de soins ?** Ainsi, au fil de mes recherches et suite à la rencontre de professionnels, j'ai tenté de trouver des éléments de compréhension à cette question.

Dans un premier temps, je vais m'attarder sur la notion centrale de ce travail. La douleur induite est un concept connu par les professionnels et de nombreux auteurs en parlent aujourd'hui. Les professionnelles interrogées ont su la définir en reprenant deux points principaux de la définition à savoir des douleurs provoquées par le soignant et dues à un soin, un acte. Evelyne Malaquin-Pavan apporte un complément en disant qu' « il s'agit d'un contexte de soins où la douleur est prévisible, fréquente, de durée limitée, associée à un geste ou un soin qui doit être réalisé pour le bien d'un patient. » (2010, p. 37). Elle précise donc la définition avec une notion de temps court, de répétition et que le soin réalisé est fait pour le bénéfice du patient.

Les soins perçus comme douloureux concernent particulièrement les soins techniques et les soins de confort selon les deux professionnelles interrogées. Leurs réponses sont en accord avec les propos d'auteurs. Evelyne Malaquin-Pavan identifie certains soins techniques notamment ceux effractifs et invasifs comme les pansements, les ponctions ainsi que certains soins d'hygiène et de confort. Elle met en évidence la réalisation de la toilette, les moments de transfert et de mobilisation (2010). Les soins de confort semblent encore plus douloureux que les soins techniques d'une part parce qu'ils durent plus longtemps dans la durée de réalisation et d'autre part parce qu'ils touchent à la totalité du corps. Si nous prenons l'exemple d'une prise de sang, le soin va durer, en général, moins de cinq minutes et être localisé au niveau d'un des deux avant-bras. Alors que pour la toilette, tous les membres du corps sont mobilisés et parfois à plusieurs reprises. C'est pourtant un paradoxe puisque les soins comme la toilette sont censés être des soins de confort, apporter du bien-être et par conséquent ne pas provoquer de la douleur. Il est donc plus difficile pour le patient de se concentrer sur autre chose quand la douleur est totale et généralisée.

En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, l'infirmière et l'aide-soignante interrogées observent les mêmes éléments, c'est-à-dire l'expression du visage, le comportement du corps et les sons pouvant être émis (gémissements, plaintes, cris). Parfois, le problème réside plus dans le fait de savoir comment utiliser les grilles d'évaluation. Si nous prenons l'exemple de l'algoplus, la simple présence d'un comportement dans l'item doit être côté "oui", quelles que soient les interprétations des causes éventuelles ou de sa préexistence. Pour ma part, j'ai parfois eu du mal à percevoir la douleur probablement par manque d'expérience et aussi en raison de l'existence de signes douloureux évalués dans les échelles en dehors de tout soin, notamment chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Globalement, les équipes partagent le même avis pour dire que le patient est douloureux. C'est peut être dans la perception de l'intensité de la douleur ressentie par le patient et dans le fait de savoir quels moyens mettre en place qu'il y a des disparités. Un élément important qui joue dans l'évaluation de la douleur et qui a été évoqué par les professionnelles interrogées est la connaissance du patient et de ses habitudes de vie. Dans la littérature, je n'ai que très peu vu cette idée soulevée. En effet, un changement de comportement du patient, que la personne âgée soit communicante ou non, atteste d'un événement qui touche le patient qui peut être de l'ordre pathologique, affectif ou douloureux. Finalement, pour évaluer la douleur d'un patient, deux méthodes complémentaires sont possibles. En premier lieu, « c'est grâce à la description que le patient fait de sa douleur que cette expérience devient compréhensible pour ceux qui en sont témoins » (Malaquin-Pavan, 2010, p. 36). Le patient va ainsi décrire l'intensité de sa douleur, la localisation, la nature de celle-ci soit par sa propre intention ou de part des questions dirigées. Et les propos du patient vont être complétés par l'observation, l'examen clinique ou les grilles d'évaluation. Ils nous permettront de « préciser ce que le patient ressent, pense et comprend de cette douleur, les comportements qu'il adopte en réponse, les circonstances de déclenchement, ce qui soulage ou ce qui augmente la douleur et les facteurs associés (symptomatiques, émotionnels, environnementaux) » (Malaquin-Pavan, 2010, p. 36).

Durant cette recherche, j'ai découvert le panel d'outils thérapeutiques mis à notre disposition. Malgré la volonté des soignants, par manque de temps et parfois de connaissances, les moyens pour anticiper et soulager la douleur ne sont pas toujours mis en œuvre. Avant de commencer ce travail, j'avais déjà une idée des méthodes médicamenteuses qui peuvent être utilisées en structure de soin. J'ai d'ailleurs pu constater lors de mes stages, que les équipes de soin se tournent assez rapidement vers les thérapeutiques comme la morphine ou les anxiolytiques. J'ai particulièrement découvert les méthodes non médicamenteuses. J'ai vu que des techniques simples peuvent être mises en place comme la distraction, la musique et le toucher corporel. Il est vrai, que ces "petits-moyens" passent aussi par la transmission de savoir-faire, de savoir-être par nos pairs et

particulièrement pendant nos stages lors de la formation d'infirmière (Wanquet-Thibault, 2010). Ce travail m'a permis de prendre conscience de ce que je pouvais mettre en place au quotidien sans que cela ne soit chronophage. J'ai pu utiliser la distraction récemment pour l'injection sous-cutanée d'un anticoagulant. J'ai pu solliciter le médecin pour mettre en place un traitement antalgique afin de soulager la douleur d'une patiente survenue lors de la réalisation d'un pansement et qui persistait aussi tout au long de la journée. Autre point, l'aide-soignante a, à plusieurs reprises, différencié la douleur de l'angoisse lors de son entretien. Il est donc important de faire la distinction entre les deux car la réponse des soignants ne sera pas la même.

Finalement, j'ai pu constater que l'infirmière a un rôle essentiel dans la prise en soin de la douleur. En effet, elle peut agir sur la douleur lors des soins qu'elle dispense elle-même ou lors des actes réalisés par le médecin ainsi que lors des soins réalisés en collaboration avec les aides-soignantes (Wanquet-Thibault, 2008). Elle est chargée d'identifier et d'évaluer la douleur. De plus, les moyens mis en place relèvent à la fois du rôle prescrit mais aussi, en grande partie, du rôle propre infirmier. Cependant, la gestion de la douleur peut avoir un impact sur le soignant. En effet, lorsque nous n'arrivons pas à soulager un patient, on peut ressentir de la frustration et de la peine. Ces sentiments exprimés par les deux professionnelles sont des sentiments que je partage. J'ai pu ressentir un sentiment d'inefficacité, l'impression de mal faire mon travail quand la douleur d'un patient n'était pas soulagée. Cela m'a fait penser à la notion de prendre soin que je n'ai pas évoqué dans le cadre théorique. Walter Hesbeen la définit comme le fait de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. » (1999, p. 8). Je me souviens avoir abordé ce concept lors de la première année d'école d'infirmière. Nous avons aussi vu les valeurs soignantes telles que la bienveillance, l'empathie et les soins individualisés, valeurs qui font partie intégrante de notre métier.

En ce qui concerne les représentations de la douleur de chacun d'entre nous, nous pouvons dire qu'elles se construisent depuis l'enfance. En effet, pour David Le Breton « La manière dont un individu réagit à la douleur s'enracine pour une large part dans les premières années de la vie et dans le type d'attention des parents aux blessures ou aux maladies de l'enfance. » (1995, p. 113). De plus, il est connu que certains individus sont réputés "plus durs" que d'autres ou "plus douillets, plus sensibles". Nous ne ressentons donc pas la même douleur pour un même événement. Inconsciemment ce qui nous caractérise, influence la manière dont nous allons percevoir la douleur du patient et nous pouvons alors projeter nos valeurs, nos préjugés sur ce que vivent les patients que nous prenons en soin (Le Breton, 1995). Pour améliorer sa gestion de la douleur induite, l'infirmière

doit en permanence remettre en question ses représentations et sa pratique. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique avec les propos de Pascale Wanquet-Thibault, cette remise en question ne doit pas seulement être individuelle mais aussi collective. Evelyne Malaquin-Pavan partage le même point de vue en disant que « L'analyse des pratiques reste au cœur du débat reposant sur la capacité du soignant, comme de l'équipe, à savoir identifier les causes sous-jacentes de la douleur et à en vouloir modifier les sources. » (2010, p. 33).

Un autre élément qui est apparu au fil de ma recherche, et que je n'avais que très peu abordé dans le cadre théorique, est la notion de la famille dans la prise en soin de la douleur. Pour Walter Hesbeen « prendre soin, c'est aussi être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade... Pour la simple raison que le comportement de la famille influe sur le cheminement de la personne malade. » (cité par Paillard, 2015, p. 382). En ce qui concerne les professionnelles interrogées, l'entourage n'a pas été mentionné comme moyen pour soulager la douleur. Ce qui peut expliquer cet aspect, c'est que les entretiens ont été réalisés dans le contexte de la Covid-19 et donc que les visites n'étaient pas autorisées sauf dans des situations de fin de vie. Mais il est vrai que, le plus souvent, les soignants ne souhaitent pas que les proches soient présents lors des soins. Ils peuvent se sentir observés, jugés pendant le soin et donc ne pas être à l'aise. Cependant, la présence d'un proche pendant le soin apporte des bénéfices. En effet, celui-ci peut mettre en place des techniques de distraction en parlant avec le patient ou en effectuant un massage (Wanquet-Thibault, 2015). Le patient peut se sentir plus en confiance avec quelqu'un qu'il connaît bien et se sentir soutenu. Le soignant peut ainsi réaliser son soin dans un environnement plus serein et donc améliorer le vécu de la situation pour le patient et le soignant. Cependant, la plupart du temps les soins comme les prises de sang, les pansements sont réalisés le matin. Les visites n'étant pas autorisées le matin, cela nécessiterait de revoir l'organisation du service pour que les proches soient présents pendant les soins. D'autre part, lors de la mise en place de moyens médicamenteux les familles peuvent se montrer réticentes à leur utilisation, notamment pour les morphiniques. En effet, la dose efficace pour soulager la douleur du patient peut engendrer une sédation, ce qui fait que le patient peut paraître endormi particulièrement dans l'après-midi, justement au moment des visites de la famille. La famille peut se sentir frustrée de ne pas pouvoir communiquer avec le patient et réticente à l'utilisation de ces moyens.

Les résultats de cette recherche amènent à penser que les représentations de l'infirmière sur la douleur induite vont influencer sa gestion de cette douleur. Nous avons vu que la gestion de la



douleur induite avait un impact sur les émotions du soignant, sur ses valeurs soignantes, sur son rôle de prendre soin. Ce qui m'amène à me demander : **En quoi la gestion de la douleur induite peut-elle avoir un impact sur la notion de prendre soin ?**

## Conclusion :

J'arrive au terme de ce travail de recherche sur lequel je réfléchis depuis plusieurs mois maintenant. Trouver un thème fut le commencement de cette recherche. Plusieurs idées me sont venues, mais aucune n'était l'idée ou l'évidence qui me motivait vraiment. Puis, nous avons eu un cours sur la méthodologie du mémoire durant lequel les différentes parties étaient illustrées par le mémoire d'une ancienne étudiante. Ce mémoire s'intéressait à la douleur chez un sujet pédiatrique. C'est à ce moment que la première situation d'appel m'est venue. C'était le déclic et grâce à ma référente de mémoire, j'ai pu mettre un mot sur cette situation : la douleur induite par les soins. J'ai toujours accordé beaucoup d'importance à la prise en soin de la douleur et particulièrement à la douleur que je pouvais provoquer en tant que soignante.

Réaliser ce travail a été source d'enrichissement, mais aussi parfois de difficultés. Lors de la rédaction du cadre théorique, il a fallu déterminer les notions à explorer pour cibler les lectures d'auteurs. Il est vrai que parfois, je découvrais de nouveaux concepts qui auraient pu être intéressants mais que j'ai choisi de ne pas traiter. Il fallait faire des choix pour mener une réflexion ciblée. De plus, le référencement de toutes les citations et les reformulations a été un travail fastidieux.

Une partie que j'ai particulièrement appréciée est la réalisation des entretiens auprès de professionnelles, que ce soit la rédaction des guides d'entretiens et l'analyse de ceux-ci. Les deux professionnelles ont apporté des idées très intéressantes sur mon thème et m'ont permis de comprendre la réalité du terrain.

Ce qui a peut-être été le plus difficile, pour moi, c'est la discussion. Je me suis retrouvée face à cette page blanche à compléter. Jusqu'à présent, la marche à suivre était claire et simple. Traiter des propos des auteurs puis de ceux des professionnelles interrogées. Maintenant, c'était à moi de comparer leurs idées et de donner mon avis sur la question. Après un certain temps de réflexion, les idées sont venues les unes après les autres.

Au détour de ma question de départ, j'ai pu constater que l'infirmière a un rôle essentiel dans la prise en soin de la douleur de par son rôle prescrit mais aussi son rôle propre. Avec l'aide-soignante, elle va pouvoir identifier et évaluer la douleur et ainsi mettre des stratégies en place. Nous avons à notre disposition un panel d'outils pour anticiper et soulager la douleur qu'il soit médicamenteux ou non. Cependant, leur mise en place demande une organisation et

l'investissement de l'ensemble de l'équipe de soins. La réalité du terrain fait que par manque de temps et parfois de connaissances, les moyens pour anticiper et soulager la douleur ne sont pas toujours mis en œuvre. Nous avons vu que les représentations de la douleur du soignant vont avoir un impact sur la gestion de la douleur induite. En effet, ce que je suis, mon savoir-être, mon savoir-faire, mes connaissances, ma personnalité et mon vécu influencent ma manière de prendre en compte la douleur induite par les soins. Nous devons donc continuellement analyser notre pratique professionnelle afin de l'améliorer.

Ce travail m'a permis d'être encore plus attentive aux signes de douleur chez les patients. Et dès à présent, en tant qu'étudiante infirmière, je peux prendre mon rôle de future infirmière en mettant en place des techniques pour anticiper la douleur pendant mes soins. Grâce aux recherches faites pour ce mémoire, j'ai pu m'analyser et améliorer ma pratique. Ce travail signe la fin de ma formation pour devenir infirmière mais ne signifie pas la fin du questionnement, de la remise en question de ma pratique. Je suis bien décidée à continuer d'apprendre sur mon métier et à améliorer ma pratique professionnelle grâce au contact des patients que je prendrai en soin.

## Bibliographie :

### OUVRAGES :

- WANQUET-THIBAUT, P. (2015). Douleurs liées aux soins (Lamarre). Rueil-Malmaison.
- LEBRETON, D. (1995). Anthropologie de la douleur (édition métallé).

### ARTICLE DE PÉRIODIQUE :

- MARTIN-MATTERA, P. (2014). Le statut subjectif de la douleur : fatalité ou symptôme. *Psychothérapies*, Vol. 34, pages 117-123. Repéré à :  
<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2014-2-page-117.htm>
- 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* », N° 88, pages 84-93. Repéré à :  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-84.htm>
- SAVOIE, M. (2008). Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, pages 21-29.
- LEBRETON, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. « *L'information psychiatrique* », N°85, pages 323-328.
- KLEIN, A. (2007). Approches philosophiques de la douleur : pour une éthique du sujet. *Éthique & Santé*, N°4, pages 136-140.
- MALAQUIN-PAVAN, E., WANQUET-THIBAUT, P., RAT, P., JOUVE, E., BONIN-GUILLAUME, S., (2010). La douleur induite par les soins. *Soins*, N° 749, pages 33-58.
- WANQUET-THIBAUT, P. (2008). Douleur liées aux soins : Prévention et prise en charge. *Objectifs soins*, N° 166, pages 34-39.
- HESBEEN, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante*. Repéré à  
<http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>

### TEXTE LÉGISLATIF :

- Article L1110-5 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur#:~:text=L'%C3%A9valuation%20et%20la%20prise,droit%20fondamental%20de%20toute%20personne.>

- Article R 4311-2 point 5 du décret des actes professionnels du Code de la santé publique.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/>

### **ENTRÉE DE DICTIONNAIRE :**

- Subjectif. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/subjectif/75038#:~:text=Se%20dit%20de%20ce%20qui,%3B%20partial%20%3A%20Une%20critique%20subjective.>
- Prendre Soins. (2015). Paillard, C., Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (3e éd., p. 382). Setes.

### **NOTES DE COURS :**

- OLIVIER, M., QUINTARD, M. Douleur induite [Texte structuré]. Recueil inédit.
- MC EWAN, E. (2020). La gestion de la douleur du patient en fin de vie. Notes de cours dans le cadre de la formation infirmière.
- WANQUET-THIBAUT, P. (2016). La douleur induite par les soins : évaluer, prévenir et soulager [Présentation Powerpoint].
- DAVY, A. (2020). Les stratégies antalgiques alternatives. Notes de cours dans le cadre de la formation infirmière.
- (2019). Douleurs et rôle infirmier. Notes de cours dans le cadre de la formation infirmière.

### **PAGE WEB :**

- BOUVERON, U., CHALANCON, B. et B, G. (2012). La subjectivité peut-elle être mesurable ? Repéré à :  
<http://tpe-mesure-douleur.e-monsite.com/pages/ii-douleur-psychique/1-la-subjectivite-est-elle-mesurable.html>
- PRADINES, B. (2020, 14/11). Quelles sont les particularités de la douleur chez les personnes âgées ? Repéré à : <http://geriatrie-albi.com/Douleurparticularites.htm>
- MARION, C. (2020). La communication positive. Repéré à  
<https://confiance-en-soin.com/la-communication-positive/>

## Sommaire des Annexes :

**Annexe I :** Tableau enquête ASTRA

**Annexe II :** Le guide d'entretien

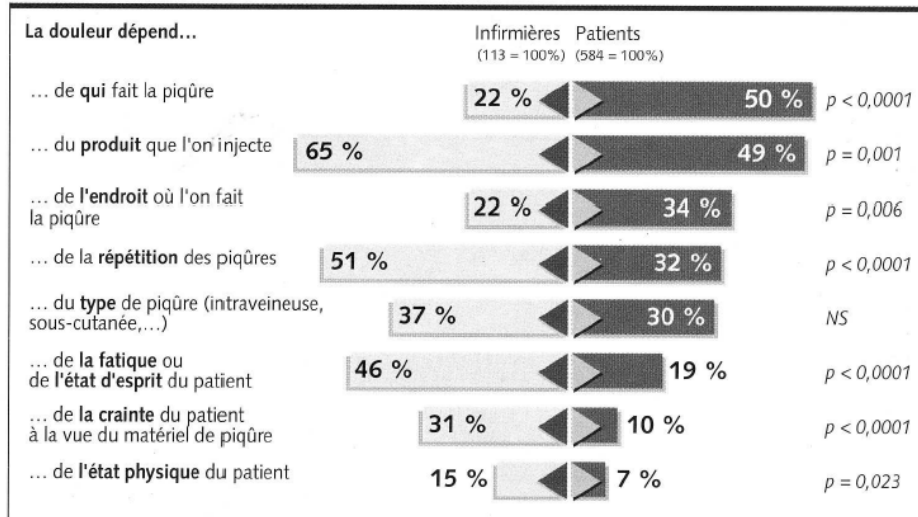
**Annexe III :** Transcription de l'entretien n°1

**Annexe IV :** Transcription de l'entretien n°2

**Annexe V :** Tableaux d'analyse des entretiens

## Annexe I : Tableau enquête ASTRA

→ Enquête ASTRA – SOFRES, 1998 - Evaluation de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte



Source : OLIVIER, M., QUINTARD, M. Douleur induite [Texte structuré]. Recueil inédit.

## **Annexe II** : Le guide d'entretien

*Se présenter, annoncer le sujet du mémoire, garantir l'anonymat, et demander le consentement pour l'enregistrement audio.*

Je cherche à établir le profil de la personne interviewée et savoir où elle se situe au niveau des connaissances sur le thème de ma recherche :

- **Depuis quand êtes-vous diplômés ? De quelle formation avez-vous pu bénéficier sur la douleur ?**

Je cherche à connaître en pratique quels sont les soins perçus les plus douloureux par le soignant :

- **D'après vous quels sont les soins les plus douloureux chez les personnes âgées ?**

Je cherche à déterminer si la notion de douleur induite est connue ou non et ce que le professionnel met derrière cette notion :

- **Quelle serait votre définition de la douleur induite ?**

Je cherche à savoir ce que la structure met en place pour pallier cette douleur, quels sont leurs moyens :

- **Quels sont les moyens à votre disposition pour prévenir la douleur lors de soins ?**

Je cherche à percevoir ce qui amène une infirmière à administrer des antalgiques ou une aide-soignante à solliciter, demander des antalgiques :

- **Qu'est-ce qui vous amène à solliciter la prescription d'antalgiques ?**

Je cherche à percevoir les répercussions d'une douleur peu ou pas soulagée sur le soignant, et son rôle de prendre soin :

- **Que ressentez-vous face à un résident qui reste douloureux ?**

Je cherche à savoir sur quoi se basent les professionnelles interrogées pour évaluer la douleur chez les personnes ayant des troubles cognitifs (ex : observation simple, utilisation de grille spécifique...) :

- **Chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs, de quels moyens disposez-vous pour repérer la douleur ?**



Je cherche à savoir si les IDE, les aides-soignantes ont conscience qu'il existe des moyens non-médicamenteux pour pallier la douleur qui sont à la portée de tout le monde et le cas échéant ce qu'elles mettent en place :

- **Quelles sont selon vous les alternatives à la prescription médicale pour anticiper, soulager la douleur lors d'un soin ?**

Je cherche à savoir s'il y aurait des points d'amélioration attendus en termes de formation ou de moyens au sein de la structure :

- **Quels seraient vos besoins, vos attentes dans la prise en charge de la douleur ?**

*Que souhaitez-vous ajouter ? Remerciements, garantir de nouveau l'anonymat.*

### **Annexe III** : Transcription de l'entretien n°1

**Bleuenn (prénom d'emprunt) infirmière travaillant depuis 3 ans en service d'Unité de Soins Longue Durée (USLD). Elle a aussi travaillé 2 mois après le diplôme en service d'urgence de nuit.**

ESI : Première question, **depuis quand es-tu diplômée ?**

IDE : Alors moi je suis diplômée depuis le mois de juillet 2018.

ESI : D'accord. **Et de quelle formation as-tu pu bénéficier sur la douleur ?**

IDE : Formation précise non mais par contre à l'école. Ce qu'on apprend à l'école en fait. Ce n'est pas réellement une formation, mais on a quand même quelques apports théoriques.

ESI : Ok. **D'après toi quels sont les soins les plus douloureux chez les personnes âgées ?**

IDE : Les prises de sang peuvent être très douloureuses. Moi, j'ai remarqué, surtout quand on met le garrot parce qu'ils ont la peau très très fine.

ESI : Oui, ça pince.

IDE : Donc souvent je mets le garrot sur le tee-shirt ou la chemise pour éviter que ça frotte sur la peau. Et après tous les soins, tout ce qui est sous-cutanée. Ce n'est pas très agréable pour eux. Ils n'aiment pas vraiment les piqûres. Il y a quelques soins comme les sondages urinaires. C'est compliqué. Sinon la toilette pour certaines personnes qui sont très crispées. Je pense que ça peut être un soin qui n'est pas du tout apprécié.

ESI : Oui. **Quelle serait ta définition de la douleur induite ?**

IDE : C'est une douleur que l'on va provoquer nous, par nos soins. C'est ce que je dirais. C'est ce qui vient de l'extérieur.

ESI : D'accord. **Quels sont les moyens à ta disposition pour prévenir la douleur lors des soins ?**

IDE : Alors j'ai des moyens médicamenteux, c'est-à-dire les bolus qu'on met en place avec le médecin. C'est souvent administré en sous-cutanée donc le bolus sera réalisé 45 min à 1 h avant le soin. Cela peut être des bolus soit de Morphine, on peut aussi donner du doliprane per os ou en sous-cutanée. soit Midazolam qui peut jouer sur l'anxiété, mais aussi sur la douleur. On fait souvent des bolus cumulés. Après ce qui peut être aussi joué sur la douleur, c'est l'écoute. Plus en non médicamenteux du coup. Ça va être une approche différente. Bien prévenir de tout ce qu'on va faire comme soins. Je pense que déjà le fait de parler à la personne, de lui expliquer ce qu'on va lui faire, déjà en amont, peut permettre que la douleur soit un petit peu réduite. Ce n'est pas vrai tout le temps, mais ça peut peut-être jouer un petit peu.

ESI : Oui ça va peut-être pas marcher sur tout le monde, tous les jours.

IDE : C'est ça. De toute façon la douleur, elle est subjective. Pour chaque personne, la notion de

douleur est différente.

ESI : C'est vrai. **Qu'est-ce qui t'amène à solliciter la prescription d'antalgiques ?**

IDE : Souvent quand on fait les échelles de douleur. Chez nous, ça sera plus l'Algoplus et on se rend bien compte qu'à partir de 3 sur 5 la personne commence à être crispée, douloureuse et à plusieurs moments. À partir de ce moment, je vais solliciter les "si besoin". Ou bien quand la personne le demande elle-même en verbalisant sur sa douleur.

ESI : Maintenant plus une question personnelle. **Que ressens-tu face à un résident qui reste douloureux ?**

IDE : Je suis frustrée de ne pas avoir pu le soulager correctement. J'ai l'impression de ne pas avoir fait mon travail correctement. Et du coup, j'essaie d'aller voir le médecin, voir si on ne peut pas essayer soit d'augmenter les doses soit de changer de médicaments ou de posologie, de forme galénique pour voir s'il n'y a pas quelque chose qui va mieux fonctionner.

ESI : Tu vas continuer à chercher quelque chose pour trouver une solution.

IDE : Oui parce qu'on ne peut pas laisser quelqu'un souffrir. Ce n'est pas humain.

ESI : C'est clair. Question un peu différente. **Chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs, de quels moyens disposes-tu pour repérer la douleur ?**

IDE : Ce qui est intéressant dans le service où je travaille c'est qu'on connaît les personnes. La bonne connaissance de la personne va permettre de savoir si c'est de la douleur ou si c'est une crise d'angoisse ou autre chose. Les échelles aussi. La crispation du visage, le repli sur soi quand ils sont couchés. Ce sont des choses, mêmes chez des personnes ayant des troubles cognitifs, qui ne trompent pas. Je pense qu'une bonne connaissance de la personne, en tout cas chez nous, ça joue beaucoup.

ESI : D'accord, donc un peu l'observation que vous allez faire à travers les échelles.

IDE : Oui l'observation, la communication non-verbale. C'est quelque chose de très important de base, mais d'autant plus chez une personne ayant des troubles cognitifs.

ESI : C'est un peu le seul moyen parce qu'il ne pourra pas forcément verbaliser le fait qu'il ait mal donc on ne peut qu'être dans l'observation.

IDE : C'est ça.

ESI : **Quelles sont selon toi les alternatives à la prescription médicale pour anticiper, soulager la douleur lors d'un soin ?**

IDE : L'alternative à la prescription médicale ....

ESI : Oui, là on ne parle pas du médicamenteux mais plus de ce qui est non médicamenteux. Tu as déjà parlé du fait d'écouter la personne, de prévenir.

IDE : De prévenir des soins. Les massages, les toucher corporels peuvent servir à prévenir la douleur. La douceur. Après pour une prise de sang par exemple, le fait de ne pas brusquer les choses, de faire

les choses doucement, d'expliquer, de parler doucement, de prendre son temps, de se mettre à la bonne hauteur pour ne pas que la personne se sente déjà envahie. Et même l'anticipation du soin, prévenir le soin.

ESI : Anticipation... tu veux dire ?

IDE : De prévenir qu'on va faire le soin. En gros, "je vais revenir dans...". Même si la personne n'a pas trop de notions de temps, au moins le prévenir le matin.

ESI : Dans 5 min j'arrive, je vais faire une prise de sang.

IDE : Oui, c'est ça. Même si ce n'est pas fait tout le temps.

ESI : Oui c'est vrai. **Quels seraient tes besoins, tes attentes dans la prise en soin de la douleur ?**

IDE : Une formation sur la douleur. Je l'ai demandée, mais je ne l'ai pas encore eue pour l'instant. Des temps d'échanges avec l'équipe, avec les soins palliatifs.

ESI : Oui vous avez l'équipe mobile de soins palliatifs en bas.

IDE : Oui c'est ça. Donc dès qu'on a un souci un peu particulier, un patient où on ne sait plus comment faire, comment gérer la douleur ou l'anxiété, on a déjà fait appel plusieurs fois à eux. Ce sont des ressources extérieures qui sont intéressantes. Nous, les ressources dans l'équipe, chacun avec sa notion relative de la douleur et ses techniques.

ESI : Et en termes de matériel ou de chose qui pourrait être utilisé ?

IDE : Peut-être de la musique. Des petites choses comme ça.

ESI : Oui j'ai vu que dans certaines chambres, il y avait des postes de radio.

IDE : On a demandé des fois des clés USB avec la musique que le patient préférerait. Après, il existe plus en soins palliatifs, une boîte. Ça s'appelle snoezelen. Il y a certains patients à qui on ne peut pas le faire parce qu'il y a des risques épileptiques avec la lumière.

ESI : Ah je ne savais pas.

IDE : Oui et il faut être formé et puis il n'y en a qu'un. Sinon, il y a l'animateur ici qui est formé au toucher massage. Il faudrait du temps aussi et plus de personnel. Pour les aide-soignantes, faire les toilettes à deux. Tu peux prendre plus le temps, faire moins mal à la personne, tu te fais moins mal à toi. C'est quand même beaucoup plus confortable pour le patient et pour nous. Même quand j'ai des pansements qui sont trop compliqués, qu'il faut tenir la jambe toute seule, tu ne t'en sors pas. Je demande de l'aide sinon tu te fais mal et la personne n'est pas confortable. Ce n'est pas intéressant ni pour l'un ni pour l'autre. Il n'y a aucun bénéfice pour personne.

ESI : Et bien, j'ai fait le tour des questions. **Que souhaites-tu ajouter ?**

IDE : Rien de particulier. Je pense que tes questions sont plutôt bien ciblées.

ESI : Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

## **Annexe IV** : Transcription de l'entretien n°2

**Ambre (prénom d'emprunt), aide-soignante travaillant actuellement en service d'Unité de Soins Longue Durée (USLD). Elle a auparavant travaillé en unité de soins palliatifs.**

ESI : Alors première question. **Depuis quand es-tu diplômée ?**

AS : **Alors, ça doit faire environ 8-9 ans.**

ESI : Ok et **de quelle formation as-tu pu bénéficier sur la douleur ?**

AS : **Pas forcément sur la douleur mais j'ai fait une formation sur les soins palliatifs dont la douleur est comprise dans cette formation.**

ESI : D'accord, ça marche. **D'après toi quels sont les soins les plus douloureux pour les personnes âgées ?**

AS : **Tu en as plusieurs. Moi déjà rien que les mobiliser c'est douloureux. Si tu parles en soin proprement dit, tu auras la toilette, tu auras la marche, lever un bras.**

ESI : Oui

AS : **Même si ça ne fait pas partie, fin tu vois tout ça c'est douloureux.**

ESI : Toutes les mobilisations en fait.

AS : **Oui, finalement tout ce qui est mobilisation est douloureux pour eux. Après, tu peux avoir la douleur pas que physique. Tu as de la douleur émotionnelle. Se voir diminuer, c'est douloureux. Voir son corps changer, c'est douloureux. Tu vois tout ce qui est dans l'émotion est une douleur aussi. C'est dur pour quelqu'un de se voir diminuer, de se voir perdre tout ce qu'il a connu avant.**

ESI : Oui, des fois c'est plus dur que le mal qui va être physique.

AS : **C'est ça. Tu as de la douleur psychologique, c'est pas rien. Et tu as ce que j'appelle entre guillemets, c'est pas la fausse douleur, la douleur psychologique ou la douleur d'appréhension.**

ESI : D'accord, avant qu'un soin soit fait, la personne appréhende déjà ce qui va se passer.

AS : **Oui et comme on dit la peur de la blouse blanche.**

ESI : Oui (rire), c'est vrai.

AS : **Dès qu'on nous voit, c'est j'ai peur, je vais avoir mal. Ils vont me faire mal parce que, pourquoi ils vont me faire mal, ce n'est pas leur intention mais comme ils vont me bouger; ils vont me mobiliser, je vais avoir mal. Moi, c'est ma façon de penser.**

ESI : Ils vont avoir mal avant même qu'on commence le soin et du coup ça va peut-être majorer la douleur qu'il y aurait eu de base.

AS : **Même quand tu les rassures des fois ça ne marche pas. Et ça pour moi ça fait partie d'une certaine douleur psychologique qui est peut être la plus dure à traiter finalement dans nos soins. La**

physique c'est facile, tu utilises une molécule et voilà on passe à autre chose. La psychologique ...

ESI : Ça prend plus de temps, il faut trouver une méthode adaptée à chaque patient.

AS : Oui c'est pas facile à cerner.

ESI : Je suis d'accord avec toi. **Quelle serait ta définition de la douleur induite ?**

AS : C'est la douleur que nous on va apporter à la personne par exemple ou la douleur qu'un acte apportera à la personne.

ESI : Très bien. **Quels sont les moyens à ta disposition dans le service pour prévenir la douleur lors de soins ?**

AS : Déjà, on a notre évaluation. Tout ce qui est Algo, pour voir où le patient en est qu'on utilise. Les échelles, pas trop parce qu'ils ne sont pas assez cohérents pour ça. Du coup, le plus fiable c'est celui-là. Après il faut beaucoup les observer. Je trouve que l'observation est très importante au niveau du faciès, du comportement du corps. Tout ce qui est un corps qui se recroqueville, c'est qu'il y a quelque chose qui se passe. On voit bien une personne qui est détendue même si on ne la connaît pas. Tu vois bien si c'est une détente ou si d'un coup elle va se recroqueviller, se replier sur elle-même ou quelques fois pas mais elle va se tendre. Tu sens que le corps bouge. Ça c'est au feeling. C'est à toi de le ressentir.

ESI : Et au niveau des moyens, est-ce qu'il y a des choses au niveau médicamenteux ou non médicamenteux qu'on peut retrouver dans le service ?

AS : Au niveau médicamenteux, on a toute la panoplie qu'il faut. Entre les pousses seringues qu'on peut mettre en place ou les traitements au long cours qu'on peut mettre en place. On a ce qu'il faut. Après, si on passe au niveau non médicamenteux, on a aussi ce qu'il faut. On a la musique qu'on peut utiliser pour détendre. On a les massages qui peuvent détendre avant un soin. Après le problème qu'on a, c'est qu'on n'a pas le temps. On a tout ça à portée de main.

ESI : Mais c'est compliqué de le mettre en place.

AS : Oui c'est pas simple de mettre ça en place parce que ça voudrait dire, imagine de commencer une toilette par un massage. Déjà juste pour détendre la personne et la mettre en confiance. Au jour actuel, ce n'est pas possible.

ESI : Non, tu as déjà pas énormément de temps pour faire la toilette en elle-même alors pour faire une préparation avant.

AS : Donc on a ça à portée de main mais qu'on ne peut pas utiliser. Après, on peut discuter. Essayer de comprendre ce qui se passe, pour qui, pourquoi aujourd'hui la personne est stressée ou pourquoi elle est douloureuse. Ah oui je suis douloureuse mais le traitement il n'agit pas. C'est peut-être pas que physique. C'est peut être le psychologique.

ESI : Oui, il y a d'autres composantes qui jouent.

AS : Là tu as le psychologique qui vient se greffer et tu peux la bourrer de médocs, ça ne marchera

pas. Parce que ce jour-là il y a autre chose et il faut essayer de trouver cette autre chose. Alors quand ils sont cohérents ça va. Quand ils ne sont pas cohérents par contre, c'est plus compliqué. C'est plus de l'observation. D'habitude elle fait ça comme ça. Aujourd'hui elle ne l'a pas fait.

ESI : Donc il y a quelque chose qui se passe.

AS : Voilà.

ESI : Et du coup **qu'est-ce qui t'amène à solliciter la prescription d'antalgiques ?**

AS : Dans un premier temps, moi je vais plus discuter avec le patient quand je peux. Savoir ce qui se passe. Si c'est une douleur, de l'angoisse. S'il est capable de le verbaliser. S'il me parle de douleur, j'essaie de la localiser et dans ces cas, je peux éventuellement demander le "si besoin". Après quand c'est une personne qui ne peut pas s'exprimer, ça va être plus sur le faciès. Je regarde beaucoup au niveau du regard. La façon dont ils ont de nous regarder. Et en les connaissant, à force tu arrives à deviner un peu les choses. Et même en ne les connaissant pas. Quand tu regardes les gens tu as des rictus : le froncement des sourcils, mâchoire crispée.

ESI : Les yeux plissés

AS : C'est qu'il y a une tension et la tension est là pour quelque chose. Et justement ça peut être de la douleur donc là on va essayer le médicamenteux. Des fois tu as la pathologie qui fait que mais des fois c'est vraiment que la douleur est là.

ESI : Oui. Une question plus personnelle. **Qu'est-ce que tu ressens face à un patient qui reste douloureux ?**

AS : Alors tu vas me trouver très froide. (Rire)

ESI : Vas-y, il faut dire ce que tu penses.

AS : Personnellement quand il reste douloureux, moi je ne suis pas du tout dans...Comment te dire. Je ne m'attache pas aux gens. Pas aux patients. Je me suis déjà attachée à des patients et maintenant c'est fini. Donc quand je les vois douloureux pour moi, je reste dans mon rôle de professionnel. Après ça me peine pour eux parce que je me dis mince, on n'y arrive pas. Donc c'est agaçant mais après je me dis il faut continuer. Il faut qu'on trouve d'autres solutions. Mes sentiments...Je ne vais pas rentrer dans le....

ESI : Tu essayes de mettre une distance.

AS : Oui, je garde ma distance. Mais ça m'embête. C'est toujours embêtant puis tu te dis bon, c'est pas ça faut trouver autre chose. Il faut rebondir.

ESI : Tout le temps être dans la démarche active de chercher autre chose.

AS : Faut pas se dire bon bah ça marche pas. On laisse. Non. Il y a sûrement autre chose qui fonctionne. C'est pas ça mais c'est peut être autre chose. Et ce n'est peut être pas la douleur physique. C'est peut être la douleur psychologique.

ESI : On en a déjà un petit peu parlé mais **chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs de quels moyens disposes-tu pour repérer la douleur ?**

AS : Comme on le disait tout à l'heure. Tout ce qui est attitude physique, le faciès, la façon dont il se tient, le schéma corporel finalement et puis ses habitudes. Si ses habitudes changent, son comportement. Des fois ça peut-être de l'agressivité. Des fois ça ressort. Il est agressif. Il y a peut-être une raison, une douleur.

ESI : **Quelles sont selon toi les alternatives à la prescription médicale pour anticiper, soulager la douleur lors d'un soin ?**

AS : Déjà bien préparer tout ce que tu as à faire.

ESI : Le matériel tu veux dire ?

AS : Oui, pour éviter une perte de temps. Donc qui dit un acte plus court dira un acte moins douloureux dans le temps. Déjà si tu arrives à être bien organisée dans la logique, tu diminueras ton temps de présence et d'action. Après tu essayes de ... tout en allant vite dans notre métier (rires), de faire un truc agréable. Genre le gratouiller dans le dos. Un soin peut être plus doux. Un petit soin de massage en mettant une crème. Ça peut être une odeur qui peut tranquilliser le soin. Un objet, une peluche par exemple. Détourner l'attention. Quand tu es en soin, tu peux parler d'autre chose et comme ça ils oublient un petit peu ce que tu fais. La musique peut aussi apaiser. Une musique qu'ils aiment mais il faut déjà connaître leurs goûts.

ESI : Là aussi, une façon de détourner l'attention. **Quels seraient tes besoins, tes attentes dans la prise en soin de la douleur ?**

AS : ... (rires)

ESI : The question (rire). Vas-y déballe tout.

AS : Ici, il ne pourrait pas faire grand chose. Le problème c'est le temps. Donc avoir plus de temps avec les patients douloureux. D'avoir des unités plus petites. Il y a trop de patients pour pas assez de soignants. Diminuer le nombre de patients et non augmenter le nombre de personnels. Tu gagnerais du temps et donc du confort. Travailler en binôme quand il y a une situation de fin de vie ou un patient douloureux. Une autre chose qui est gênante dans le service encore plus depuis qu'on fait le nouveau système de soins.

ESI : Avec les fiches de postes ou sans ?

AS : Le nouveau système, sans les fiches de postes. Ce qui me dérange et ce que je trouve gênant c'est que tu ne peux pas suivre ton patient sur la durée. Par exemple, si tu travailles 4 jours tu vas pouvoir suivre l'évolution.

ESI : Oui par exemple une rougeur au niveau du sein. On peut très bien voir la même chose mais pas la percevoir vraiment de la même façon.



AS : Oui il y en a c'est rien c'est une petite rougeur mais en réalité c'était une belle mycose qui commençait. On n'a pas la même perception des choses, ni acquis la même technique.

ESI : Les mêmes connaissances.

AS : C'est ça.

ESI : Et en termes de matériels, il y a des choses auxquelles tu aurais pensé ?

AS : La salle Snoezelen ou alors une salle de détente avec des lumières, de la musique. Peut-être plus à utiliser l'après-midi avec les patients qui déambulent. Et ne serait-ce que mettre des odeurs d'huiles essentielles dans le service, dans le couloir. Ça pourrait être sympa. Il y a des odeurs qui détendent les personnes. C'est de petites choses mais mises bout à bout ça peut faire des choses sympas. Des coussins masseurs aussi.

ESI : Super. **Qu'est-ce que tu souhaiterais ajouter d'autre pour finir ?**

AS : Non rien.

ESI : Merci d'avoir répondu à mes questions, d'avoir pris de ton temps.

## Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens

**Question 1 :** Depuis quand êtes-vous diplômés ? De quelle formation avez-vous pu bénéficier sur la douleur ?

→ Je cherche à établir le profil de la personne interviewée et savoir où elle se situe au niveau des connaissances sur le thème de ma recherche.

Formation initiale	Formation continue	Diplôme Universitaire
“ Formation précise non mais par contre à l'école (...) on a quand même quelques apports théoriques. ”	“ J'ai fait une formation sur les soins palliatifs dont la douleur est comprise dans cette formation. ”	/

**Question 2 :** D'après vous quels sont les soins les plus douloureux chez les personnes âgées ?

→ Je cherche à connaître en pratique quels sont les soins perçus les plus douloureux par le soignant.

Soins techniques		<p>“ Les prises de sang peuvent être très douloureuses. Surtout quand on met le garrot. ”</p> <p>“ Tout ce qui est sous-cutané. ”</p> <p>“ Il a quelques soins comme les sondages urinaires. ”</p>	3
Mobilisations	Douleur psychique	<p>“ Tu as de la douleur psychologique. ”</p> <p>“ La douleur psychologique ou la douleur d'appréhension. ”</p> <p>“ La peur de la blouse blanche. ”</p> <p>“ Dès qu'on nous voit, c'est j'ai peur, je vais avoir mal. ”</p> <p>“ Ils vont me bouger; ils vont me mobiliser, je vais avoir mal. ”</p>	5
	Douleur physique	<p>“ Rien que les mobiliser c'est douloureux. ”</p> <p>“ Tu auras la marche, lever un bras. ”</p> <p>“ Finalement tout ce qui est mobilisation est douloureux pour eux. ”</p>	3
Soins de confort		<p>“ La toilette pour certaines personnes qui sont très crispées. ”</p> <p>“ Tu auras la toilette ”</p>	2
De l'ordre de la perte		<p>“ Tu as de la douleur émotionnelle. ”</p> <p>“ Se voir diminuer. Voir son corps changer, c'est douloureux. ”</p> <p>“ Tu vois tout ce qui est dans l'émotion est une douleur aussi. ”</p> <p>“ C'est dur pour quelqu'un de se voir diminuer, de se voir perdre tout ce qu'il a connu avant. ”</p>	4

**Question 3 :** Quelle serait votre définition de la douleur induite ?

→ Je cherche à déterminer si la notion de douleur induite est connue ou non et ce que le professionnel met derrière cette notion.

<b>Provoquer par nous</b>	<p>“ C’est une douleur que l’on va provoquer nous. ”</p> <p>“ C’est la douleur que nous on va apporter à la personne. ”</p>
<b>Provoquer par un soin, un acte</b>	<p>“ Par nos soins. C’est ce qui vient de l’extérieur. ”</p> <p>“ Ou la douleur qu’un acte apportera à la personne. ”</p>

**Question 4 :** Quels sont les moyens à votre disposition pour prévenir la douleur lors de soins ?

→ Je cherche à savoir ce que la structure met en place pour pallier cette douleur, quels sont leurs moyens.

<b>L'évaluation</b>	Échelle / Objective	<p>“ On a notre évaluation. Tout ce qui est Algo. ”</p> <p>“ Au niveau du faciès, du comportement du corps. ”</p> <p>“ Elle va se recroqueviller, se replier sur elle-même ou quelques fois pas mais elle va se tendre. ”</p>	3	5
	Observation / subjective	<p>“ Il faut beaucoup les observer. ”</p> <p>“ C’est plus de l’observation. D’habitude elle fait ça comme ça. Aujourd’hui elle ne l’a pas fait. ”</p>	2	
<b>Le médicamenteux</b>		<p>“ Bolus soit de Morphine, on peut aussi donner du doliprane per os ou en sous-cutanée. Soit Midazolam. ”</p> <p>“ Bolus cumulés. ”</p> <p>“ Entre les pousses seringues qu’on peut mettre en place ou les traitements au long cours qu’on peut mettre en place. ”</p>	3	
<b>Le ressenti du soignant</b>		<p>“ Ça c’est au feeling. C’est à toi de le ressentir. ”</p>	1	
<b>Le non-médicamenteux</b>	Communication	<p>“ Bien prévenir de tout ce qu’on va faire comme soins. ”</p> <p>“ Le fait de parler à la personne, de lui expliquer ce qu’on va lui faire. ”</p> <p>“ Après, on peut discuter. Essayer de comprendre ce qui se passe, pour qui, pourquoi. ”</p>	3	6
	Autres	<p>“ L’écoute. ”</p> <p>“ On a la musique qu’on peut utiliser pour détendre. ”</p> <p>“ On a les massages qui peuvent détendre avant un soin. ”</p>	3	

**Question 5 :** Qu'est-ce qui vous amène à solliciter la prescription d'antalgiques ?

→ Je cherche à percevoir ce qui amène une infirmière à administrer des antalgiques ou une aide-soignante à solliciter, demander des antalgiques.

<b>Observation de l'état clinique</b>	<p>“ Quand on fait les échelles de douleur. ”</p> <p>“ Ça sera plus l'Algoplus et on se rend bien compte qu'à partir de 3 sur 5, la personne commence à être crispée, douloureuse et à plusieurs moments. ”</p> <p>“ Quand c'est une personne qui ne peut pas s'exprimer, ça va être plus sur le faciès. Je regarde beaucoup au niveau du regard. ”</p> <p>“ Quand tu regardes les gens tu as des rictus : le froncement des sourcils, mâchoire crispée. ”</p>
<b>A partir des propos du patient</b>	<p>“ Quand la personne le demande elle-même en verbalisant sur sa douleur. ”</p> <p>“ Je vais plus discuter avec le patient quand je peux. Savoir ce qui se passe. Si c'est une douleur, de l'angoisse. J'essaye de la localiser. ”</p> <p>“ S'il est capable de le verbaliser. ”</p>

**Question 6 :** Que ressentez-vous face à un résident qui reste douloureux ?

→ Je cherche à percevoir les répercussions d'une douleur peu ou pas soulagée sur le soignant, et son rôle de prendre soin.

<b>Sentiments ressentis</b>	Frustration	<p>“ Je suis frustrée de ne pas avoir pu le soulager correctement. ”</p> <p>“ J'ai l'impression de ne pas avoir fait mon travail correctement. ”</p>
	Peine	<p>“ Après ça me peine pour eux. ” “ C'est agaçant. Ça m'embête. ”</p>
	Protection	<p>“ Je reste dans mon rôle de professionnel. Je garde ma distance. ”</p>
	Prendre soin	<p>“ On ne peut pas laisser quelqu'un souffrir. Ce n'est pas humain. ”</p>
<b>Actions</b>		<p>“ J'essaye d'aller voir le médecin, voir si on ne peut pas essayer soit d'augmenter les doses soit de changer de médicaments ou de posologie, de forme galénique pour voir s'il n'y a pas quelque chose qui va mieux fonctionner. ”</p> <p>“ Je me dis qu'il faut continuer. Il faut qu'on trouve d'autres solutions. Il faut rebondir. ”</p>

**Question 7 :** Chez une personne âgée ayant des troubles cognitifs, de quels moyens disposez-vous pour repérer la douleur ?

→ Je cherche à savoir sur quoi se basent les professionnelles interrogées pour évaluer la douleur chez les personnes ayant des troubles cognitifs (ex : observation simple, utilisation de grille spécifique...).

L'évaluation	Les habitudes	
	Changement d'attitude	Changement de comportement
" Les échelles aussi. "	<p>" La crispation du visage, le repli sur soi quand ils sont couchés. "</p> <p>" L'observation, la communication non-verbale. "</p> <p>" Tout ce qui est attitude physique, le faciès, la façon dont il se tient, le schéma corporel finalement et puis ses habitudes. "</p>	<p>" La bonne connaissance de la personne va permettre de savoir si c'est de la douleur ou si c'est une crise d'angoisse ou autre chose. "</p> <p>" Son comportement. Des fois ça peut être de l'agressivité. "</p>

**Question 8 :** Quelles sont selon vous les alternatives à la prescription médicale pour anticiper, soulager la douleur lors d'un soin ?

→ Je cherche à savoir si les IDE, les aides-soignantes ont conscience qu'il existe des moyens non-médicamenteux pour pallier la douleur qui sont à la portée de tout le monde et le cas échéant ce qu'elles mettent en place.

Avant le soin		
Organisation du soin		<p>" L'anticipation du soin. De prévenir qu'on va faire le soin. "</p> <p>" Bien préparer tout ce que tu as à faire. "</p> <p>" Être bien organisée dans la logique. "</p>
Pendant le soin		
Attitudes soignantes		<p>" La douceur. De parler doucement, de prendre son temps "</p> <p>" Le fait de ne pas brusquer les choses, de faire les choses doucement, d'expliquer. "</p> <p>" Un soin peut être plus doux. "</p>
Techniques	Massages	<p>" Les massages, les touchers corporels peuvent servir à prévenir la douleur. "</p> <p>" Un petit soin de massage en mettant une crème. "</p>
	Médiations	<p>" Ça peut être une odeur qui peut tranquilliser le soin. "</p> <p>" Un objet, une peluche par exemple. Détourner l'attention. "</p> <p>" Quand tu es en soin, tu peux parler d'autre chose et comme ça ils oublient un petit peu ce que tu fais. "</p>

		“ La musique peut aussi apaiser. ”
	Proxémie	“ Se mettre à la bonne hauteur pour ne pas que la personne se sente déjà envahie. ”

**Question 9 :** Quels seraient vos besoins, vos attentes dans la prise en charge de la douleur ?

→ Je cherche à savoir s’il y aurait des points d’amélioration attendus en termes de formation ou de moyens au sein de la structure.

<b>Formation</b>		“ Une formation sur la douleur. ” “ Il faut être formé (en lien avec le snoezelen). ”
<b>Matériel</b>		“ De la musique. ” “ Il existe plus en soins palliatifs, une boîte. Ça s'appelle snoezelen. ” “ La salle snoezelen ou alors une salle de détente avec des lumières, de la musique. ” “ Mettre des odeurs d’huiles essentielles dans le service. ” “ Des coussins masseurs aussi. ”
<b>Ressources humaines</b>	<b>Au sein de l’équipe</b>	“ Des temps d’échanges avec l’équipe. ” “ Nous, les ressources dans l’équipe, chacun avec sa notion relative de la douleur et ses techniques. ”
	<b>Extérieures</b>	“ Des temps d’échanges avec les soins palliatifs. ” “ Il y a l’animateur ici qui est formé au toucher massage. ”
<b>Organisation</b>		“ D’avoir des unités plus petites. ” “ Diminuer le nombre de patients et non augmenter le nombre de personnels. ” “ Le nouveau système, sans les fiches de postes. Ce qui me dérange et ce que je trouve gênant c’est que tu ne peux pas suivre ton patient sur la durée. ”
<b>En termes de temps</b>		“ Il faudrait du temps aussi et plus de personnels. ” “ Avoir plus de temps avec les patients douloureux. ”
<b>Travail en binôme</b>		“ Pour les aide-soignantes, faire les toilettes à deux. ” “ Travailler en binôme quand il y a une situation de fin de vie ou un patient douloureux. ”

**Nom** : ARIBART  
**Prénom** : Delphine

“ Vous me faites mal ”

The theme of this essay is the pain induced during the care, more specifically, with elderly people. During my various internships, I was able to encounter difficulties in perceiving or not the pain caused by the care. These situations led me to ask myself the following question : How does the perception of pain induced by the nurse affect or not its consideration when treating elderly people in care facilities ?

The aim of this research thesis is to understand the concept of induced pain, the representations of pain and their impact on pain care, as well as the means we have at our disposal to alleviate it.

In order to carry out this research, I compared the authors' views on the subject with those of the two professionals I met : a nurse and a care assistant in a Long Term Care Unit. I was able to see that the nurse has an essential role in the care of pain, not only because of her prescribed role, but also because of her own role. However, due to a lack of time and a lack of knowledge, the means to anticipate and relieve the pain are not always implemented. Moreover, the management of induced pain refers to the concept of “Caring”. As a caregiver, we must continually review our professional practice to improve it.

Mon travail de fin d'étude concerne la douleur induite lors des soins réalisés, plus précisément, auprès de personnes âgées. Lors de mes différents stages, j'ai pu rencontrer des difficultés à percevoir ou non la douleur causée par les soins. Ces situations m'ont amenée à me poser la question suivante : En quoi la perception de la douleur induite par l'infirmier impacte ou non sa prise en compte lors des soins réalisés auprès de personnes âgées en structure de soins ?

Le but de ce travail de recherche est de comprendre la notion de douleur induite, des représentations de la douleur et de leur impact sur la prise en soin de celle-ci ainsi que des moyens que nous avons à notre disposition pour la pallier.

Afin de réaliser cette recherche, j'ai comparé les points de vue d'auteurs sur le sujet avec celui des deux professionnelles rencontrées : une infirmière et une aide-soignante dans une Unité de Soins Longue Durée (USLD). J'ai pu constater que l'infirmière a un rôle essentiel dans la prise en soin de la douleur de par son rôle prescrit mais aussi son rôle propre. Cependant, par manque de temps et parfois de connaissances, les moyens pour anticiper et soulager la douleur ne sont pas toujours mis en œuvre. La gestion de la douleur induite renvoie vers la notion de “Prendre soin”. En tant que soignant, nous devons continuellement analyser notre pratique professionnelle afin de l'améliorer.

**Keywords** : Induced pain, Representations, Caring, Anticipate, Professional practice.

**Mots-clés** : Douleur induite, Représentations, Prendre soin, Anticiper, Pratique professionnelle.

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

Travail écrit de fin d'étude - 2018-2021