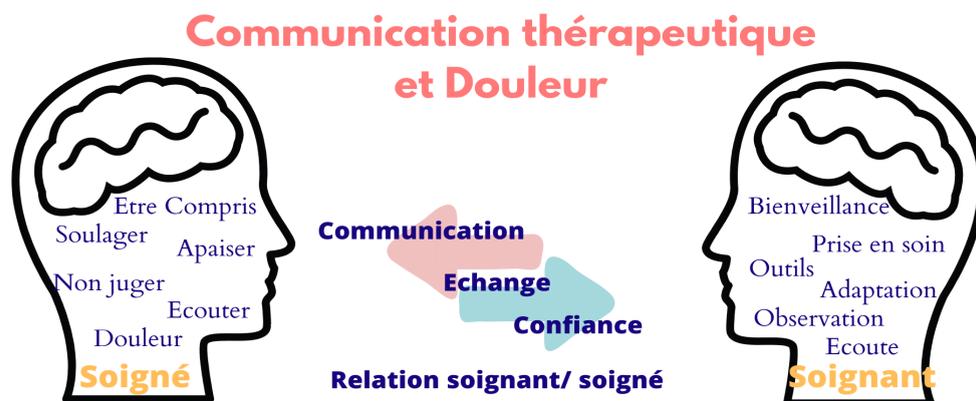




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la recherche en soins infirmiers

“Soulager les maux par les mots”



Formateur référent :
Lasbleiz Murielle

Barré Lauréline
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Le 13 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 :

L'utilisation de la communication thérapeutique par l'infirmière lors de soins douloureux : quelle influence sur la douleur ressentie par le patient ?

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 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 29 avril 2021

Identité et signature de l'étudiant : Barré Lauréline

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

À ma référente de mémoire, Madame Murielle Lasbleiz, pour m'avoir aiguillée, conseillée et accompagnée tout au long de ce travail.

À ma référente pédagogique, Madame Sophie Bor, qui m'a suivie durant ces trois ans, a toujours cru en moi et en mes capacités. Je la remercie de son soutien et de sa bienveillance.

À ma famille de m'avoir accompagnée, encouragée et soutenue tout au long de mes études, et de ma scolarité, car c'est grâce à eux que j'en suis arrivée jusque-là aujourd'hui. Je remercie ma sœur et mon papa tout particulièrement pour les conseils et la relecture de ce mémoire.

À mon compagnon pour son accompagnement et son aide durant mes trois ans d'études, ainsi que la relecture de ce travail.

À mes amis, mes camarades de promotion avec qui j'ai tant appris et qui m'ont permis de me relever et de me faire sourire tout au long de ces études qui peuvent être si belles et si dures à la fois.

Aux professionnels(elles) de santé que j'ai rencontrés lors de mes stages et qui m'ont tant appris tant professionnellement que personnellement. Des personnes qui m'ont permis de m'affirmer, de prendre confiance en moi et de me permettre de devenir la future infirmière que je suis. Je remercie tout particulièrement les infirmières qui m'ont accordé leur confiance et leur temps pour ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1.1 - Thème	1
1.2 - Situations d'appel	2
1.2.1 - Une communication difficile lors d'un soin, entraînant douleur et agacement	2
1.2.2 - Une communication accessible permettant distraction et apaisement	3
Cadre conceptuel	5
2.1 - Définitions	5
2.1.1 - Le soin	5
2.1.2 - Le prendre soin	5
2.1.3 - Les soins infirmiers	5
2.1.4 - Les soins douloureux	6
2.2 - La douleur	7
2.2.1 - Définition et physiologie de la douleur	7
2.2.2 - Les différentes composantes de la douleur	7
2.2.3 - Les différentes étiologies de la douleur	8
2.2.4 - Les types de douleur	8
2.2.4-1 - La douleur aiguë	8
2.2.4-2 - La douleur chronique	9
2.2.5 - L'expression corporelle de la douleur	9
2.2.6 - Les ressentis et représentations de la douleur selon autrui	10
2.3 - La communication	10
2.3.1 - Définition	10
2.3.2 - L'observation : la règle des trois O	11
2.3.3 - La technique du VAKO	11
2.3.4 - La communication dans le soin	12
2.3.5 - La communication thérapeutique	13
2.3.5-1 - La communication non verbale	13
2.3.5-2 - La communication verbale	14
2.3.5-3 - La communication para verbale	16

Méthodologie	17
Analyse	18
4.1 - La définition du soin et des soins infirmiers	18
4.2 - Rôle propre de l'infirmier	18
4.3 - La définition de la douleur	19
4.4 - La douleur induite par les soins, l'étiologie et le type de douleur	19
4.5 - La manifestation de la douleur	20
4.6 - Les moyens non-thérapeutiques pour soulager la douleur	20
4.7 - La définition de la communication	21
4.8 - La définition de la communication thérapeutique	22
Discussion	23
5.1 - Observer, écouter, communiquer et accepter la douleur d'autrui	23
5.2 - Communication thérapeutique et autres méthodes	24
5.3 - Quand la communication thérapeutique soulage la douleur	25
5.4 - Question de recherche	26
Conclusion	27
Bibliographie	28
Les Annexes	30
Annexe I : Situations d'appel n°1	
Annexe II : Situation d'appel n°2	
Annexe III : Guide d'entretien semi-directif	
Annexe IV : Retranscription entretien n°1	
Annexe V : Retranscription entretien n°2	
Annexe VI : Tableaux d'analyse descriptive des entretiens	
Abstract	

I. Introduction

1.1 - Thème

Depuis notre naissance, nous sommes en perpétuel apprentissage de la vie et du monde qui nous entoure. Quand on est enfant, nous découvrons un nouvel environnement et c'est par nos expériences et notre quête d'éveil que nous allons découvrir pour la première fois, les notions de communication et douleur. Ces deux termes peuvent-être perçus différemment par chacun selon le vécu et l'histoire de vie. C'est en grandissant que nous comprenons petit à petit le sens de ces deux mots, qui peuvent pourtant nous paraître si banals. C'est en rentrant en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) que j'ai pu mieux comprendre et approfondir mes connaissances tant par le côté physique que psychique des notions de "douleur" et "communication".

Lors de mon stage de semestre 5, j'ai pu voir différents types et étiologies de douleur, mais j'ai principalement observé la douleur induite au patient lors de soins infirmiers, des douleurs chroniques et aiguës qui peuvent être malheureusement, majorées par des soins. C'est par la discussion avec les infirmiers du service et surtout avec ma tutrice de stage que le concept de "communication thérapeutique" a été introduit. Le relationnel est la base de toute communication entre deux personnes, et est d'autant plus important dans le milieu médical et paramédical.

J'ai donc décidé d'aborder le thème de mon MIRS (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers) sur la communication thérapeutique et comment influence-t-elle la douleur ressentie par le patient lors de soins douloureux.

Ce thème porte sur deux grands concepts primordiaux dans la vie professionnelle d'un soignant. Essayer de comprendre, d'apprendre et approfondir ces deux concepts permet d'enrichir les connaissances, mais aussi, d'apporter la meilleure prise en soins globale et adaptée à chaque patient.

Ce thème me questionne sur l'approche relationnelle des soignants en général et comment un soignant prend-il en charge la douleur et les soins douloureux qu'il peut induire. Cette idée de mémoire est née d'une réflexion suite à mes deux situations d'appel vécues en stage que je vais développer ci-dessous.

1.2 - Situations d'appel

1.2.1 - Une communication difficile lors d'un soin, entraînant douleur et agacement

Ma première situation se déroule avec Mr. T, patient venu pour un ulcère de la jambe gauche et la réalisation d'un pontage fémoro-poplité. (Cf. Annexe I) Après l'opération, de nombreuses complications sont apparues : désunion du scarpa, et mise en place d'une Thérapie par Pression Négative (TPN) se montrant inefficace. Une décision d'un parage de plaie en chambre a été prise par l'équipe médicale du service. Lors de ces actes médicaux invasifs et douloureux, un protocole de prémédication per os est mis en place. Un anesthésiant local en spray, des antalgiques per os de palier III et une injection sous-cutanée de lidocaïne sont généralement administrés 15 à 30 minutes avant le soin. En plus de ces trois thérapeutiques, du Mélange Équimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA), sera inhalé par le patient pendant toute la durée de l'acte médical et commencé deux minutes avant le soin.

Le soin commence, et tout se passe bien, je suis à côté de Mr. T, lui tenant le masque de MEOPA tout en observant la détersion faite par les internes. Mais au bout de cinq minutes, Mr. T commence à se plaindre de douleurs vives et une deuxième injection de lidocaïne en sous-cutanée est faite. Monsieur crie, bouge, même avec l'inhalation de meopa et l'injection de lidocaïne sous-cutanée faite deux minutes avant. Depuis le départ, j'essaye d'entretenir un dialogue avec monsieur T afin qu'il se concentre sur la conversation et non sur la douleur. Avec tous les antalgiques et analgésiques, toutes les méthodes mises en place furent un échec. J'ai demandé à Mr. T si le fait d'entretenir une discussion avait aidé à une meilleure gestion de la douleur, mais il me dit que non, de base, c'est une personne qui n'était pas ouverte à la discussion en général, mais que dans cette situation, il désirait encore moins parler ou communiquer. Je me suis donc posé des questions sur la communication que j'ai pu avoir avec le patient et si elle était adaptée ou non à la situation.

Différents questionnements sont arrivés par la suite :

- ❖ Comment entrer en communication avec les patients ?
- ❖ Comment déterminer quelle communication est la plus adaptée selon chaque patient ?
- ❖ Comment communiquer avec une personne qui parle peu, qui a du mal à s'exprimer sur ses douleurs, ressentis et doutes ?
- ❖ Ai-je eu une bonne approche avec le patient ?
- ❖ Ai-je eu un comportement et une communication adaptés à la situation et au patient ?
- ❖ Comment interagir de manière efficace, positive et qualitative auprès du patient ?

1.2.2 - Une communication accessible permettant distraction et apaisement

Ma deuxième situation se déroule avec Mme C, patiente hospitalisée pour une amputation trans-métatarsienne ouverte de ces trois orteils ainsi qu'une mise à plat de la voûte plantaire suite à une ischémie rapide et humide du pied droit.(Cf. Annexe II) Suite à une mauvaise évolution, une décision d'amputation transtibiale droite a été prise au vu d'un haut risque infectieux. Deux jours après l'opération, je dois refaire le pansement de Mme C. Comme le protocole du service l'indique, j'effectue une prémédication avec un anesthésiant local en spray et un antalgique per os de palier III. Mme C. était douloureuse avant la réfection de pansement, fatiguée, et psychologiquement très fragile. Avec son accord, je décide de commencer le soin. Je commence à préparer le matériel, tout en lui faisant la conversation. Un climat de confiance se crée entre nous, permettant à la patiente de se détendre.

Je commence la réfection du pansement et très régulièrement, je regarde ses expressions tout en étant concentrée sur mon soin afin d'évaluer une quelconque gêne ou douleur de sa part lors de la réfection de pansement. Je lui annonce que je viens de terminer le soin, et elle a été agréablement surprise du fait, qu'elle n'a pratiquement sentie aucune douleur et que cela n'a pas été une corvée, mais elle me rapporte que c'était un moment agréable passé avec moi à parler de sa famille, de ses musiques préférées. Je lui ai fait oublier le contexte d'hospitalisation et la réfection du pansement. Cette fois, je me suis sentie utile et soulagée d'avoir pu épargner à la patiente des douleurs. Ayant eu la situation avec Mr. T avant celle-ci, j'ai essayé de comparer les deux situations.

Différents questionnements sont arrivés par la suite permettant de faire évoluer ma réflexion :

- ❖ Quels éléments m'ont permis une distraction de la patiente entraînant une diminution de la douleur induite par le soin ?
- ❖ Ai-je eu une communication et une attitude plus adaptée avec cette patiente ?
- ❖ Comment ai-je réussi à faire s'exprimer la patiente sur ses douleurs, ressentis et doutes ?
- ❖ Est-ce que la personnalité du patient entre en jeu sur la perception de la douleur ?
- ❖ Ai-je inconsciemment appris quelque chose de la situation de Mr. T permettant une meilleure communication avec Mme. C ?
- ❖ Pourquoi ma communication a-t-elle été plus efficace, positive et qualitative auprès de la patiente ?

Il en résulte de ces deux situations, des questions permettant d'établir une problématique.

1.3 - Question de départ

De multitudes interrogations sur ces deux situations ont abouti à des questions :

- ❖ Pourquoi communique-t-on ?
- ❖ Comment analyser le verbal / non verbal dans la prise en charge de la douleur ?
- ❖ Quelles sont les différentes méthodes pouvant être mises en place dans la prise en soin de la douleur ?
- ❖ En quoi la communication peut être thérapeutique ?
- ❖ Quelles sont les limites de l'infirmière dans la gestion de la douleur ?
- ❖ Peut-on pallier toutes les douleurs ?
- ❖ La communication peut-elle pallier les thérapeutiques ?

Ces interrogations m'ont amenée à formuler une question de départ :

“ Lors de soins douloureux à un patient, en quoi l'utilisation de la communication thérapeutique par l'infirmière influence-t-elle la douleur ressentie par le patient ? ”

Cette question va me permettre de comprendre l'importance de la mise en place de la communication thérapeutique ainsi que les effets bénéfiques auprès d'un patient douloureux. Travailler et approfondir ma connaissance sur la communication, pourrait faciliter la prise en soin globale de tous mes patients, et, de déterminer comment et avec quels outils/méthodes la communication thérapeutique agit sur le patient, dans le but de comprendre et d'adapter ce mécanisme selon chaque patient.

J'aimerais donc explorer cette question en trois parties distinctes. Tout d'abord présenter mes recherches théoriques réalisées grâce à divers ouvrages, articles, sites permettant d'acquérir des connaissances sur la communication thérapeutique et sur la douleur.

Ensuite, j'aimerais présenter à l'aide de mes recherches, comment toutes ces méthodes sont évaluées et prises en charge, pour un meilleur accompagnement infirmier possible auprès de patients. Suite à des entretiens menés auprès de professionnelles de santé, je traiterai, analyserai puis développerai les informations et connaissances recueillies avec les professionnels dans une discussion, pour ensuite finir sur la conclusion de ce travail.

II. Cadre conceptuel

2.1 - Définitions

2.1.1 - Le soin

Tout d'abord, le terme "soin" est défini comme un concept qui *"renvoie à la notion de charge, de devoir de veiller sur quelqu'un ou quelque chose, une application, une attention que l'on met en faisant quelque chose. Il s'agirait donc de supporter, de saisir, voire d'assumer notre devoir d'attention envers autrui."* (Favetta. V, 2011)

2.1.2 - Le prendre soin

Le prendre soin est défini : *"Ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre."* (Favetta. V, 2011)

2.1.3 - Les soins infirmiers

La définition du rôle propre de l'infirmier selon **le code de la santé publique, Article R4311-3** *"Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes."*

Qu'est-ce qu'un soin infirmier ?

Selon **le guide service des soins infirmiers chapitre V**, un soin infirmier est : *"Ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier."*

Les soins infirmiers comprennent : la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. Dans les soins infirmiers, il y a l'alliance de la technique et du relationnel, deux éléments primordiaux pour une bonne prise en soins.

Malheureusement, dans les soins prodigués par le personnel médical ou paramédical, des douleurs peuvent être provoquées non intentionnellement.

2.1.4 - Les soins douloureux

L'article L.1110-5-3 du code de la santé publique mentionne : *“Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée.”*

Chaque personne à sa définition propre de la douleur, ressent et fixe ses propres limites. Lors d'un soin invasif ou un acte de la vie quotidienne, une douleur peut naître suite à un acte effectué par le personnel médical. Il existe ainsi trois types de douleur liés aux soins selon Closset. C, 2018 :

Tout d'abord la douleur provoquée qui : *“Se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin ou le soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.”* Cette douleur est nécessaire est indispensable pour le corps médical afin d'apporter une réponse à un diagnostic ou examen (prise sang, pose de voie veineuse périphérique, ponction lombaire...)

La douleur iatrogène est provoquée : *“Par le médecin ou son traitement de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de préventions entreprises.”* Contrairement aux douleurs induites, les douleurs iatrogènes interviennent brutalement et ne sont pas prévisibles. La prémédication est alors impossible.

La douleur induite qui : *“Se dit d'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.”* La douleur induite est donc relativement prévisible lors de soins. La plupart du temps, la douleur induite est causée par des actes invasifs (prise de sang, pansements, sondages...) dont les professionnels de santé ont connaissance, et durant lesquels des prémédications, du matériel et une communication adaptés peuvent être mis en place afin d'éviter et de soulager la douleur liée aux soins.

Après avoir parlé et défini les trois types de douleur, il est indispensable d'aborder la douleur dans sa globalité. C'est-à-dire parler de la physiologie de la douleur, la définir et parler de ces aspects.

2.2 - La douleur

2.2.1 - Définition et physiologie de la douleur

“La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable ; associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d’un tel dommage. C’est une sensation universelle, mais aussi une expérience intime à la personne qui l’éprouve, chacun ayant sa sensibilité propre à la douleur.” (Levesque. A : Physiopathologie de la douleur et classification, s.d)

La douleur apparaît lors d'un dégât tissulaire : *“Des éléments du système nerveux se chargent de détecter, transmettre, analyser, intégrer et mémoriser les informations générées par un tel dégât.”* (Muller. A, 2012, p.6)

La douleur n’est ni une émotion, ni un acte isolé. L'environnement, le contexte, le sexe, la culture forment ensemble, les différentes composantes de la douleur.

2.2.2 - Les différentes composantes de la douleur

- La composante sensori-discriminative : Ensemble de critères définissant la douleur propre à la personne. Cela correspond à la qualité (sensations), l’intensité (faible à intense), la durée et la localisation de la douleur. Le patient décrit lui-même par son langage, la perception de sa douleur.
- La composante affectivo-émotionnelle : Ensemble des émotions négatives, désagréables liées à la sensation douloureuse du patient. Si cette tonalité devient insupportable et prolongée, le patient peut s’exprimer via la colère, l’anxiété, voire la dépression.
- La composante cognitive : Ensemble de processus centraux et mentaux capables d’influencer la perception de la douleur via une éducation, une culture, une mémorisation d’une douleur antérieure ressentie par le patient permettant d’anticiper et réagir face à la douleur.
- La composante comportementale : Ensemble des manifestations verbales et non verbales (positions, grimaces, signes cliniques...) observables chez tout patient présentant une douleur. Chaque personne exprime sa douleur de façon totalement différente. (Levesque. A : Physiopathologie de la douleur et classification, s.d) (pédialol.org, 2019)

2.2.3 - Les différentes étiologies de la douleur

- La douleur par excès de nociception : Stimulation du système de transmission de la douleur. Mise en jeu du système physiologique qui permet de ressentir une douleur (aiguë ou chronique). Ce sont les plus courantes, elles correspondent aux traumatismes (chocs, coupures, brûlures, entorses, fractures, etc) où sont associées aux phénomènes inflammatoires (abcès dentaire, appendicite, conjonctivite, etc). (Société d'étude et traitement de la douleur, 2004)
- La douleur neuropathique : Lésion du système nerveux périphérique (nerfs) ou du système nerveux central (moelle épinière, cerveau). Ce sont des douleurs assez particulières et qui se traduisent le plus souvent par des fourmillements, des sensations de brûlure, de gonflement, d'écrasement, de picotements ou de décharges électriques. (Inserm, 2017)
- Syndromes régionaux complexes : Troubles qui se caractérisent par des douleurs parfois sévères faisant suite le plus souvent à un traumatisme (entorse, fracture). Leur survenue et leur évolution sont imprévisibles. Ils peuvent se manifester par des douleurs (brûlures, fourmillements) au site de la blessure, des crampes, une mobilité restreinte, des modifications de la température et la coloration de la peau. (Vidal, 2021)
- La douleur dysfonctionnelle : Trouble psychique qui provoque une sensation douloureuse en l'absence de toute lésion d'un organe. Il est difficile à mettre en évidence et nécessite l'avis d'un psychiatre. La douleur peut être associée à l'anxiété et la dépression et, plus rarement, à certaines maladies mentales graves. (Vidal, 2021)

2.2.4 - Les types de douleur

2.2.4-1 - La douleur aiguë

Une douleur est considérée comme aiguë si elle persiste moins de trois mois. Elle apparaît lors d'une anomalie ou d'un problème actuellement non connu du patient. Elle est définie : *“Courte durée (elle disparaît en quelques heures ou quelques semaines, selon le temps nécessaire à la guérison) et est due à une cause précise, connue ou non.”*

Une douleur non soulagée ou traitée de façon tardive peut, avec le temps, se chroniciser si elle dépasse trois mois. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019)

2.2.4-2 - La douleur chronique

Une douleur est considérée comme chronique si elle persiste plus de trois mois. Elle est définie : *“Dès lors qu’elles sont persistantes ou récurrentes au-delà de ce qui est habituel pour leur cause initiale présumée, qu’elles répondent mal au traitement et qu’elles induisent une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles”*. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019)

La douleur chronique est considérée comme une maladie à long terme et nécessite plusieurs traitements médicamenteux. Cette douleur, qu’elle soit physique ou psychologique, est très dure à vivre par les patients, mais aussi par les soignants qui, malgré l’administration de thérapeutiques médicamenteuses ou non, ne peuvent soulager la douleur lorsqu’elle est trop intense et installée depuis des années.

2.2.5 - L’expression corporelle de la douleur

“Chaque individu fait son apprentissage de la douleur à l’occasion de dégâts tissulaires, fracture, blessure, infection... Toute douleur qu’il pourra ressentir même en l’absence d’un tels dégâts sera défini en référence expériences antérieures.” (Muller. A, 2012, p.6)

Chaque personne va exprimer sa douleur de manière différente. Il faut alors observer, écouter, comprendre le comportement des patients afin de déterminer selon les situations, si le patient est douloureux ou non.

Il va y avoir différentes manifestations de la douleur, elles apparaissent subjectivement selon chaque patient :

- Les mots des maux : Le patient décrit sa douleur (déchirante, irradiation, diffuse, figurante...).
- Non-verbal : Mimiques, postures antalgiques, altérations de la démarche, l’utilisation préférentielle d’un membre, modifications de l’humeur.
- Expression exacerbée : Exagération verbale et expression corporelle exubérante.
- Signes végétatifs : Le corps parle à la place du patient, il va s’exprimer par des signes tels que la pâleur, sueurs, modification de la tension artérielle, respiration ou rythme cardiaque.(Vidal, 2021)

Une douleur peut être exprimée de diverses manières, mais peut aussi être ressentie et vécue différemment selon autrui.

2.2.6 - Les ressentis et représentations de la douleur selon autrui

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

Pour prendre en charge une douleur, le soignant se doit de communiquer avec son patient. La communication va être la clé positive pour toute prise en soin.

2.3 - La communication

2.3.1 - Définition

Selon Bernard. F et Musellec. H la communication, c'est : *"L'action d'éduquer, de responsabiliser et de traiter le patient."*

Selon le modèle de Claude Shannon et Warren Weaver : *"Un modèle de base simple pour la communication est celui qui envisage un émetteur, un récepteur et une information transmise de l'émetteur au récepteur via un moyen de transmission. Communication vient du latin communicare qui signifie "mettre en commun" Cette mise en commun suggère l'idée d'un échange."* (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.9)

La communication peut-être définie autrement : *"Carl Rogers retient trois dimensions importantes à la communication : tout d'abord, la notion d'empathie, capacité d'observer, de comprendre les sentiments et les émotions de l'autre sans les ressentir soi-même ; deuxièmement, la notion de congruence ou d'authenticité à travers les différents langages (l'expression du visage et nos gestes en lien avec notre pensée) ; enfin, la troisième notion de considération positive du soignant envers le soigné. Il est évident que l'amélioration de la communication nécessite du temps pour l'observation, l'écoute et des techniques relationnelles adaptées."* (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.4)

2.3.2 - L'observation : la règle des trois O

Afin d'appréhender notre environnement, de se repérer dans le temps et l'espace, ainsi que reconnaître ce qui nous entoure et interagir avec notre monde, nous utilisons nos cinq sens. Selon Milton Erickson il faut : "Observer, Observer, Observer." Une bonne relation est le fondement d'une bonne adhésion au soin et d'une alliance thérapeutique entre le soignant/soigné. Il faut donc :

- L'observation de l'état psychique du patient (état de conscience.)
- L'observation du langage verbal, para verbal (mots, tics verbaux, expressions.)
- L'observation du non verbal (respiration, geste ou mimiques.) (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.25)

Après l'observation, place à la communication. En effet, au fil des années des méthodes de communication ont été créées afin de faciliter nos échanges et notre compréhension du patient.

2.3.3 - La technique du VAKO

"Grâce à nos cinq sens, nous captions des informations différentes : ces informations sont notre façon d'observer le monde qui entoure." (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.4)

Une technique de communication a été alors mise en place. La technique du VAKO (Visuel-Auditif-Kinesthésique-Olfactif) et à deux objectifs :

- Mettre le patient en sécurité.
- Favoriser la conscience. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.41)

Lorsque que l'on ne connaît pas un lieu, on se met instinctivement sur nos gardes, on ne se sent pas en sécurité, pas à l'aise. La technique du VAKO va permettre d'approfondir le naturel et d'inviter le patient à observer le lieu qui l'entoure et à se repérer dans l'espace. Cette technique va permettre au patient de se projeter dans le soin par exemple et de poursuivre l'objectif de départ fixé avec l'infirmière.

La technique du VAKO permet au patient, tout en gardant un langage positif, de se concentrer sur le monde extérieur afin de s'éloigner des idées négatives et de ses douleurs. Une hiérarchie est instaurée naturellement :

- Vue et audition : Sens relatifs à l'éloignement.
- Olfaction : Sens intermédiaire.
- Toucher goût : Sens de proximité. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.46)

Le soignant, par l'utilisation des truismes, va accompagner le patient avec un ton calme, un discours positif et apaisé. Un saupoudrage de confort va permettre au patient de bien observer son environnement, et ainsi de se concentrer sur une autre réalité extérieure.

En utilisant déjà la technique du VAKO, le patient se sent soutenu, écouté et donc peut être ouvert à toute communication. Il aura alors, une perception sûrement différente du soin. Cependant, beaucoup pensent que notre communication est verbale. Certes, notre façon de parler, de poser notre voix, de la moduler, de la rythmer jouent un rôle essentiel dans le langage verbal. Mais notre manière d'être, notre comportement permet inconsciemment de passer de nombreux messages et ainsi, privilégier un moyen de communication. *“Plusieurs langages entrent en jeu pour percevoir ou délivrer un message.”* (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.15)

2.3.4 - La communication dans le soin

La communication est primordiale entre le soignant et le soigné. Une véritable relation de confiance permet d'optimiser la coopération du patient nécessaire au soin. On parle alors d'alliance thérapeutique et elle comprend :

- Une information claire ne permettant aucuns malentendus et qui aide le patient dans la prise de décision.
- Un objectif de soin commun au soignant et au patient. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.7)

L'humain n'utilise pas qu'un seul langage, en effet il existe d'autres communications. *“L'importance des gestes qu'on appelle le langage non verbal (LNV), est majoritaire (55 %) dans la roue de la communication. Ensuite, c'est la modulation de notre voix, qu'on appelle langage para verbale (LPV)(38%), qu'importe plus que le langage verbal (LV)(7%). Ces propositions sont à même de varier en fonction du contenu de la communication et du contexte émotionnel.”* (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.15)

L'introduction d'une notion appelée “communication thérapeutique” peut-être alors introduite par le soignant.

2.3.5 - La communication thérapeutique

La communication thérapeutique est *“Une communication qui possède des vertus anxiolytiques et antalgiques, indépendamment de tout apport pharmacologique. Les concepts de communication « positive », « non violente » et « thérapeutique » embrassent des champs d'applications différents, éventuellement complémentaires.”*(DR Arnaud Gouchet IFH)

“La communication thérapeutique est un outil simple qui permet de créer une alliance thérapeutique. Elle utilise différentes formes de langage et la suggestibilité du patient. Le but étant d'apporter de la sécurité et du confort au patient.” (D'après le cours sur la communication et hypnose, Semestre 5)

Il ne peut pas y avoir une bonne relation soignant/soigné ni de confiance tant qu'une alliance thérapeutique n'est créée puis maintenue. C'est pourquoi il est important de définir l'alliance thérapeutique : *“Collaboration active, le patient et le soignant travaillent ensemble, basée sur une appréciation partagée des problèmes et un accord sur les solutions possibles.”* (CUNGI, 2009)

2.3.5-1 - La communication non verbale

“C'est le premier mode de communication que nous utilisons dans la vie”. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.51)

C'est un langage qui est inné en nous. Nous l'utilisons dès notre naissance. Quand un enfant ne peut pas parler il mime ou se sert de son corps pour exprimer ses sentiments. Lors d'un échange, notre corps émet des messages.

“Tout professionnel a naturellement un non-verbal riche et rassurant. Nous savons créer un climat de confiance, apaiser, utiliser la bonne distance.” (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.52)

Le non verbal vient appuyer sur les deux autres modes de communication que sont le verbal et la para verbal grâce au système de méta-communication. Ce système permet de préciser le registre d'un message et la manière dont il doit être compris. Il a toujours le rôle prédominant parmi ces trois modes de langage.

Il existe 3 langages non verbaux :

- Le langage volontaire et conscient : ce que nous renvoyons aux autres "Tatouages, piercings, vêtements, coiffure."
- Le langage semi-volontaire et conscient : Éléments impossibles à contrôler "ses émotions."
- Le langage involontaire et inconscient "Mouvement du corps."

La communication positive :

Une fois l'observation terminée, le soignant peut choisir d'intervenir par exemple lors d'un soin douloureux. *"Le langage non verbal reflète notre réel état émotionnel, c'est pour cela que tout soignant doit intégrer une communication positive. Le positif va renforcer "les messages de sécurité, de respect, de réassurance, de confort intégrés par notre cerveau."* (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.51)

Le mirroring :

"Imiter l'attitude du patient pour ressentir ce qu'il passe en lui. Cela a pour but de ralentir la motricité sans que le patient s'en rende compte." (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.55).

- Les gestes : Toucher, la posture, mise à hauteur.
- L'aspect du visage : Sourire, détendu.
- Le regard : Captation des émotions, doux et compréhensif.
- La proxémie : Bulle d'intimité.
- Le contact : Personnalité, origine socio-culturelle, circonstances physiques.

2.3.5-2 - La communication verbale

"La communication verbale est la communication la plus basique entre un soignant-soigné. Mais pour qu'une communication soit bien un "feed-back", il faut une écoute active, une compréhension de la personne. Par exemple, si on veut un entretien ou une conversation de qualité avec le patient, il faut apprendre à laisser parler la personne et apprendre à écouter activement." (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.69)

Le partage des émotions requiert : (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.70)

- La capacité à ressentir les émotions et les sentiments d'autrui.
- La capacité à comprendre les émotions d'autrui.
- La capacité à répondre aux émotions d'autrui.
- La capacité d'adaptabilité en éprouvant : Apathie, sympathie, empathie, compassion.

Dans une conversation le soignant va inconsciemment utiliser une technique appelée reformulation. Cela consiste à reprendre les mots ou expressions à valeur émotionnelle du patient. Elle a pour but de confirmer ce que le patient avance et ainsi éviter les interprétations. On peut y ajouter du para verbal et non verbal aussi pour chercher l'approbation du patient et la captation de son esprit.

Il conviendra donc pour un soignant de :

- Reprendre mots + expression : Écoute active et renforcement de l'alliance thérapeutique.
- Reprendre les mots avec mirroring : Renforcer l'empathie et canaliser les émotions.
- Questionner sur la signification de mots : Renforcement du feed-back, confirmer l'information. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.75)

“L'absence de négation dans son langage verbal est un concept fondamental dans tout langage médical ou non. L'utilisation d'une bonne syntaxe permet d'apporter de la passivité, tout autant que l'utilisation de formulations affirmatives.” (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.77)

Il existe donc, une méthode facilitant la communication verbale :

- La permissivité : Laisser au patient le choix. Cela va permettre de limiter la résistance du patient à un soin, et éviter toute crispation de sa part ou un état de colère ou d'énervement ne faisant qu'augmenter sa douleur ou sa non-compréhension des consignes. Le soignant peut utiliser la suggestion directe qui pourra être prise comme ordre. Une rupture dans la relation de confiance/ communication se fera. On utilise alors la subjection indirecte qui est beaucoup plus permissive et va limiter les résistances et être ainsi plus efficace. On va alors utiliser par exemple les allusions, le questionnement et l'implication. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.80)

La bonne compréhension mutuelle nécessite des conditions dans un dialogue sincère authentique. Tour à tour, il faut donc être évaluatrice, investigatrice, complaisante. Il faut alors, reconnaissance et apaisement, satisfaction et énergie pour avancer ensemble. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.13)

Pour qu'une communication se fasse, le soignant doit s'adapter à chaque patient. Et pour cela, utiliser des mots appropriés à chacun. Il faut favoriser les mots simples, positifs qui donnent une notion de protection de sécurité au patient.

Pour être précis et compris, il faut utiliser la formulation affective permettant de reprendre les mots du patient afin de bien communiquer et déterminer si l'information est bien comprise.

2.3.5-3 - La communication para verbale

“Le langage para verbal est désigné par tout ce qui touche à la manière de parler, de manier les sons et les silences du langage.” (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.65)

Par exemple, le souffle respiratoire provenant au niveau pharynx, plus précisément la région glottique comprend :

- Caractéristiques instantanées (prosodie) : volume, hauteur, timbre et intonation.
- Caractéristiques dynamiques : débit et rythme.

Ces deux caractéristiques permettent au patient de se reposer sur la voix et le rythme du soignant permettant lors d'agitation ou de douleur, de ralentir le rythme du patient et amener un apaisement pour le patient et un sentiment de confort (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.66)

Il existe différentes méthodes/ outils, permettant de faciliter la communication para verbale :

- Le silence : Les silences et le débit de paroles sont extrêmement importants dans une relation et dans une communication. En effet, il faut laisser au patient le temps de verbaliser ses peurs, ses craintes, ses ressentis. Les silences soulignent aussi la ponctuation d'un discours, mais aussi, inconsciemment, ils se créent dans le but de respecter la bulle d'intimité de chacun.
- Le saupoudrage : *“Ponctuation du discours avec des mots, verbes adjectifs, qui permet l'apaisement du discours.”* (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.67).
- Le pacing respiratoire : Synchronisation respiration soignant/soigné. Il est conseillé au patient, mais aussi au soignant de ne parler que pendant l'expiration afin de continuer l'apaisement grâce à la respiration. Cette technique permet un renforcement de l'alliance thérapeutique par une forme de mirroring discret. Si la respiration est posée calmement, l'anxiété, le stress et la douleur seront modulés. Cela renforce une relation déjà établie entre soignant/soigné. (Bernard. F & Musellec. H, 2013, p.66)

III. Méthodologie

Suite à mes différentes lectures et recherches documentaires, j'ai pu apporter des éléments théoriques aux concepts et notions à ma question de départ. Afin d'étayer mes recherches, j'ai réalisé deux entretiens avec deux professionnelles de santé. Les deux professionnelles interrogées ont toutes deux un diplôme universitaire (DU) douleur. La première détient un diplôme universitaire hypnose et la seconde a suivi et obtenu formation communication thérapeutique et l'autre à une formation hypnose, communication thérapeutique et aromathérapie.

J'ai décidé de faire une analyse quantitative des informations recueillies, j'ai donc décidé de réaliser des entretiens semi-directifs (Cf. Annexe III). Le but de ces entretiens est de favoriser le dialogue et les différents points de vue que peuvent avoir les infirmières. Ces entretiens vont me permettre d'enrichir mes connaissances sur le sujet d'une part, mais aussi de découvrir d'autres notions et concepts. Un entretien semi-directif est alors le plus adapté afin de poser des questions ouvertes, mais où des réponses peuvent être multiples. J'ai gardé des notions ou des concepts de relance si besoin pour le professionnel.

Ces entretiens vont permettre de découvrir les visions, les moyens et les méthodes mis en place par ces professionnelles sur le terrain, en l'occurrence en milieu hospitalier. J'ai décidé de classer mon entretien en trois parties, trois parties reprenant le soin, la douleur et la communication.

Pour ce qui est de mon organisation, j'ai récupéré par le biais d'un forum et de mon stage, des coordonnées de professionnels et suite à des échanges par mail, nous avons convenu d'une date pour une visioconférence.

Avant tout début d'entretien, je me suis présentée, annoncé la problématique de mon mémoire, garanti l'anonymat et obtenu le consentement auprès des deux infirmières pour l'enregistrement de la visioconférence.

De manière générale, j'ai formulé des questions les plus concises possibles afin de confronter les pratiques et idées des deux professionnelles interrogées avec mon cadre théorique. Lors de mes entretiens, le plus dur était de rester dans le sujet et ne pas divaguer, car il y a beaucoup de choses intéressantes à dire sur le sujet. Il a fallu être vigilante aux termes employés, mais je me suis vite adaptée et détendue. Suite à ces entretiens, j'ai particulièrement apprécié le temps que les deux professionnelles m'ont octroyé malgré leurs emplois du temps chargés.

IV. Analyse

J'ai fixé plusieurs objectifs lors de mes entretiens afin de répondre aux questions liées à mon cadre théorique. J'ai donc interrogé les deux professionnelles, sur leur savoir et expériences concernant la douleur et la communication thérapeutique notamment (Cf. Annexe VI). Cela permet de mettre en évidence les différents points de vue qui puissent exister ou encore différentes utilisations de la communication thérapeutique sur la douleur. La première infirmière travaille en chirurgie et la deuxième infirmière travaille sur une unité mobile de douleur.

4.1 - La définition du soin et des soins infirmiers

Ma première question se concentrait sur la définition du soin selon chaque soignant. Plusieurs concepts sont ressortis tels que le soin et le relationnel. Pour les professionnels, la définition du soin, c'est d'abord "entrer en relation avec l'autre" afin "d'apporter une réponse en fonction des besoins du patient". Certaines notions sont différentes de la part des deux professionnelles, mais se complètent parfaitement. Par exemple l'infirmière en chirurgie (Cf. Annexe IV), parle d'une "application de prescription faite par le médecin" et l'infirmière en unité mobile de douleur (Cf. Annexe V) parle du soin en général comme "quelque chose matérialisé par un acte technique ou une relation de soin." Les deux soignantes appuient leurs propos par des répétitions du mot "soin relationnel".

Concernant les soins infirmiers, les notions "relationnel", "éducatif", "technique", "accompagnement", "plusieurs rôles" définissent ce concept.

4.2 - Rôle propre de l'infirmier

Le rôle propre de l'infirmier est défini par les deux professionnelles, comme des soins techniques, l'administratif, le relationnel sans "forcément un besoin médical derrière", c'est-à-dire sans prescriptions. L'infirmière en chirurgie parle du rôle propre comme d'un rôle permettant de "regarder, préparer, expliquer au patient", "rôle de réassurance". Elle définit vraiment le rôle de pédagogie auprès du patient afin "qu'il puisse mieux vivre son hospitalisation". L'infirmière en unité mobile de douleur parle d'une autonomie du professionnel permettant de ne pas avoir une nécessité médicale. Elle parle aussi de l'expérience qui "augmente notre savoir-faire et modifie nos compétences."

4.3 - La définition de la douleur

Concernant la douleur, les deux infirmières m'ont tout de suite parlé d'une confiance avec le patient. C'est-à-dire qu'elles m'ont expliqué qu'il "fallait toujours croire le patient quand il a mal". L'infirmière en unité mobile de douleur à même parlé d'arrêter "les jugements" liés à la douleur, car on peut "perdre cette relation de confiance" avec le patient.

L'infirmière en chirurgie parle de la douleur comme une notion multidimensionnelle ayant un impact autant dans la vie du patient, son entourage, sur sa profession, qu'au niveau social. L'infirmière en unité douleur complète la définition de l'infirmière en chirurgie par "une sensation désagréable qui peut-être réelle ou potentielle". Elle insiste sur les termes "désagréable, inconfortable" afin de compléter sa définition.

L'infirmière en chirurgie parle de ressenti de la douleur différente selon la personne. "Pour la même douleur un patient va ressentir différemment, justement avec cette douleur parce que tout à un lien avec son vécu, sa personnalité, son état psychique" et l'infirmière en unité mobile confirme cette notion de "la douleur, c'est propre à chacun."

4.4 - La douleur induite par les soins, l'étiologie et le type de douleur

La douleur induite par les soins est vue par les deux professionnelles comme "un acte que l'on provoque par un soin, ou un geste induit par tout le côté médical et paramédical". Pour être plus spécifique l'infirmière en unité mobile de douleur parle des différentes douleurs induites, "Douleur qui peut être provoquée par un traitement, par une thérapeutique, soit un médicament, soit de la radiothérapie, soit de la chirurgie". Les deux soignantes précisent bien ici que toute douleur induite est provoquée soit par le soignant, soit par une mobilisation, et que tout acte est jugé invasif par le corps d'autrui. Par exemple, l'infirmière en chirurgie parle de "prise de sang, perfusion, détersion de plaie, douleur postopératoire, amputations, artériopathie oblitérante des membres inférieurs..."

La douleur induite n'est pas la seule à être présente en service. Effectivement il existe aussi des douleurs chroniques ou aiguës. L'infirmière en chirurgie est souvent confrontée aux douleurs aiguës dans le service suites aux chirurgies, mais qui pour beaucoup de ces patients atteints d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs ont une douleur qui se chronicise au bout de trois mois.

L'infirmière en unité mobile de douleur est confrontée moins souvent à la douleur aiguë comparée à son homologue, mais est confrontée à une douleur appelée douleur neuropathique suite à des amputations.

Elles sont toutes les deux confrontées à la même étiologie de douleur, mais avec une source ou problématique initiale différente. Les trois dimensions de la douleur sont présentes dans leurs services.

4.5 - La manifestation de la douleur

Selon les étiologies et types de douleur, les deux soignantes ont appris à repérer, observer et écouter les manifestations de la douleur. En effet, avec leurs connaissances de base et leurs formations les deux infirmières ont appris à "Observer, écouter, questionner le patient". Elles insistent toutes les deux sur le mot "Observer". En effet, l'infirmière en chirurgie parle de l'observation qui est "importante" de par la position du langage non verbal. Toutes les deux observent le patient et enquête sur sa douleur.

L'infirmière en chirurgie regarde le "visage", les "traits du visage avec le front plissé, yeux fermés, la position en chien de fusil, membre recroquevillé". En plus de l'observation, l'infirmière en chirurgie et en unité mobile écoute beaucoup les patients "entendre un gémissement, les silences, laisser verbaliser". Elles ont toutes les deux le même réflexe de soignante face à une douleur chez un patient. L'infirmière en chirurgie l'a bien résumé "Adapter la position et le langage en fonction de ce que je vois et ce que j'entends pour aider le patient."

4.6 - Les moyens non-thérapeutiques pour soulager la douleur

Concernant les moyens non-thérapeutiques employés, grâce à leurs formations les deux infirmières ont et utilisent les mêmes outils pour aider leur patient dans leur travail quotidien. Elles utilisent beaucoup "la communication thérapeutique, l'induction hypnotique" lorsque leur patient ont trop mal. Leur but commun est d'utiliser "des mots doux et apaisants" dans le but "d'apaiser le patient". L'infirmière en chirurgie parle de l'importance de "Se mettre en position basse, au même niveau avec eux parce qu'il faut rentrer en communication avec eux" permettant d'asseoir une relation de confiance.

Les deux infirmières parlent aussi de "la défocalisation de la douleur et la focalisation sur le bien-être" qui permet au patient de mieux gérer la douleur. Pour cela elles utilisent soit "le toucher-massage" ou "la respiration" afin d'apaiser, soulager et détendre le patient lors d'un soin. L'infirmière en unité mobile de la douleur utilise "l'aromathérapie", "la distraction", "la musique", "la lecture" et "la neurostimulation". Et au-delà de la communication thérapeutique et de l'hypnose, de nombreux outils non-thérapeutiques existent et dont l'efficacité a été prouvée comme le disent ces deux professionnels de santé (humour, toucher-massage, distraction...)

4.7 - La définition de la communication

Les deux infirmières définissent la communication comme "partager un message entre deux personnes" ou "relation entre deux personnes qui va transmettre un message". Elles définissent ensuite la "boucle de la communication" avec quelqu'un pour "transmettre" le message, quelqu'un pour le "réceptionner" et avoir ensuite un "retour de la personne pour voir si le message à bien été réceptionné et compris". L'infirmière en chirurgie précise qu'une communication "véhicule mon histoire, mes émotions, mon état psychique, ma personnalité" et que chacun donne, reçoit ou interprète un message, permettant le "communiquer ensemble". Elle précise aussi qu'il faut du respect envers autrui et aucun jugement dans la communication.

Ensuite, elles ont décrit les outils de communication qu'elles utilisaient régulièrement. Elles essayent toutes les deux de "capter le canal du patient" pour déterminer s'il est "visuel", "auditif", "kinesthésique". L'infirmière en chirurgie va se "mettre à la même hauteur que le patient" pour ne pas prendre "le pouvoir" sur le patient, elle va ensuite parler avec "une voix douce et pas trop rapide", avoir "un rythme de voix pas trop rapide, car c'est apaisant". L'infirmière en unité mobile va utiliser "la communication non violente", "la PNL", "la relation d'aide". Ce sont des notions et concepts qui favorisent une bonne relation avec leur patient permettant ainsi comme le dit l'infirmière en chirurgie de réutiliser les mots du patient" pour "valider leur inconfort et douleur". Pour la communication dans le soin, l'infirmière en chirurgie à préciser l'intérêt "d'avoir de la compassion et des mots positifs pour rassurer les patients" dans le soin.

Par la suite, apprendre comment communiquer pendant le soin. Les deux infirmières ont précisé l'importance et la primordialité de la communication du soin. L'infirmière en unité mobile insiste sur le fait de "besoin de rentrer en relation" avec son patient. Elle mentionne aussi le fait qu'elle "veut communiquer afin de voir ce qu'on peut lui apporter, quels sont ces besoins". L'infirmière en chirurgie appuie le concept "d'alliance thérapeutique ou il faut avoir un objectif commun". Les deux infirmières parlent plusieurs fois de "patient acteur de son soin". L'infirmière en unité mobile parle alors des formations à la communication qui lui ont permis d'avoir un échange plus adapté avec le patient et donc améliorer son relationnel.

4.8 - La définition de la communication thérapeutique

Vient le moment de définir la communication thérapeutique. Les deux professionnelles sont d'accord sur plusieurs points. Sur le sens où la communication thérapeutique apporte "confort", "détente", "bien-être", "sécurité" au patient. Toutes les deux parlent de "mots doux", "détente", "bien-être" plusieurs fois afin de souligner l'effet positif de la communication thérapeutique. L'infirmière en chirurgie rajoute un concept "d'acceptation des croyances" qui permet au patient de mieux adhérer aux soins et aux relations soignant/soigné.

Pour finir, elles m'ont décrit les différents outils qu'elles utilisent en communication thérapeutique permettant de favoriser leur relation soignant/soigné, mais aussi l'effet bénéfique sur la douleur. Sur cette question, l'infirmière en chirurgie m'a parlé des moyens non-thérapeutiques tels que "l'humour", "l'hypnose", "aromathérapie", "la musique". L'infirmière en unité mobile, elle, à parler de rhétorique en 'enlevant les "Ne PAS", en précisant que c'est une "histoire de mots et d'intention". Par contre, elles se sont toutes les deux rejointes sur le fait d'utiliser "confort", "douceur", "détente", "être positif et affirmatif et non négatif". L'infirmière en chirurgie à clôturer cette réponse par le terme de "communication positive et valorisante" et l'infirmière en unité mobile de douleur par "je ne parle plus en échelle de douleur, mais de confort".

Durant mes entretiens, j'ai décidé de poser trois questions sur une ouverture de mémoire. Jusqu'où la communication thérapeutique peut-elle aller et comment les professionnels pensent au bien fondé de son efficacité ? Je détaillerai ces réponses lors de ma soutenance.

V. Discussion

L'analyse de ces entretiens m'a permis d'apprendre et de comprendre des éléments recensés pour répondre à ma question de départ. Je vais donc croiser l'avis des deux professionnelles interrogées avec la théorie recueillie dans les ouvrages. En parallèle, j'aimerais apporter mon opinion à cette réflexion afin de finaliser ce sujet de recherche, afin de répondre à ma question originelle : "Lors de soins douloureux à un patient, en quoi l'utilisation de la communication thérapeutique par l'infirmière influence-t-elle la douleur ressentie par le patient ?".

5.1 - Observer, écouter, communiquer et accepter la douleur d'autrui

Lors de mes lectures portant sur la communication thérapeutique et la douleur, plusieurs concepts récurrents se dégageaient. Sur la communication, les ouvrages essayaient de proposer au lecteur une méthode d'écoute active d'observation et de communication. Concernant la douleur, les citations comme "croire son patient", "accepter la douleur de l'autre", "ne jamais minimiser la douleur", ou "chaque douleur est ressentie et vécue différemment" m'ont fait comprendre que je ne communiquais pas de la bonne manière avec mes patients, mais aussi qu'il existait beaucoup de préjugés sur la douleur. De nombreuses fois, j'ai entendu des professionnels de santé qui ne comprenaient pas la douleur de l'autre. La douleur est comme le disait l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP), c'est une notion multidimensionnelle qui selon chacun, en fonction du sexe, de l'environnement, de l'histoire de vie, est vécue totalement différemment. Chaque personne a une culture différente, un langage différent, une croyance et des motivations différentes. Ce sont des éléments qui impactent notre conscience et notre manière de penser et de nous comporter. Je me suis rendue compte que dans mon rôle de soignante, je devrais écouter, observer et communiquer correctement de manière efficiente pour le patient. Connaître et savoir observer, écouter, communiquer et accepter la douleur en général, mais précisément la douleur d'autrui, me permet d'une part de comprendre les composantes de la douleur, ses causes, mais également d'être objective dans l'analyse du type de douleur. Les deux infirmières interrogées me l'ont précisé de nombreuses fois. Savoir prendre en charge un patient dans sa globalité permet de prendre en soin correctement sa douleur, de la comprendre et de la réduire, voire de l'abolir. J'aimerais avoir cette richesse et ce privilège de me dire que je suis en capacité de comprendre en totalité mon patient. Grâce à ma communication, ma compréhension de la situation, il est possible de créer une force dans la collaboration et alliance thérapeutique soignant/soigné.

N'est-ce pas ici, toute la richesse de cette profession et l'aboutissement de ce propos de fin d'étude ? Apprendre que oui, je fais des choses positives, mais qu'au regard de l'autre, je ne savais pas forcément bien observer, écouter et communiquer. Je peux toujours m'améliorer, apprendre et pratiquer tout au long de ma carrière. Tout ceci m'a fait comprendre que je ne peux prendre en soin correctement une douleur si en parallèle ou en amont je n'ai rien appris de mon patient par l'écoute, l'observation et l'échange que je lui dois et qui n'est autre que mon devoir. Il faut donc que ces notions me soient acquises pour une compréhension efficiente de mon patient. Si je n'observe pas, n'écoute pas ou ne communique pas avec mon patient, comment savoir si la personne est paisible, en colère, heureux, mais surtout douloureux ?

Mais si j'apprends ces choses essentielles dès mon entrée en formation infirmière, lors de mes stages et je parviens à m'auto-évaluer, j'évitais sûrement certaines situations ou certaines souffrances physiques et psychiques des patients et ainsi améliorer en globalité mon relationnel et ma prise en soin. Si je garde ces notions en tête, alors je pourrai développer, critiquer et affiner mon regard sur moi-même et sur le pourquoi je le fais. Ainsi, je parviendrai à avoir une meilleure prise en soin globale de mon patient et de la compréhension de la douleur.

5.2 - Communication thérapeutique et autres méthodes

Mon mémoire s'est concentré sur l'utilisation de la communication thérapeutique et l'impact qu'elle peut avoir lors de soins induisant la douleur. J'ai la conviction que la communication est un élément fondamental dans notre métier. L'utilisation de la communication thérapeutique permet de prendre en soin la douleur en combinant d'autres méthodes non thérapeutiques.

En me documentant sur les différents ouvrages concernant la communication thérapeutique, j'ai pu remarquer les différentes méthodes qui existaient dans ce domaine. Chaque soignant ayant été formé à la communication thérapeutique apprend les bases de cet outil, mais c'est à lui ensuite, avec l'expérience, l'environnement, d'ajuster et d'adapter sa communication à l'autre. En questionnant les deux professionnelles de santé, c'est là que je me suis vraiment rendu compte de la puissance et de l'efficacité de la communication en général, mais surtout thérapeutique. Je ne me basais que sur la communication thérapeutique en global, mais par mes entretiens mémoires, j'ai pu observer l'existence d'autres moyens permettant de pallier, voire d'abolir la douleur. Par exemple, les deux infirmières utilisent :

- ❖ La musique
- ❖ L'hypnose
- ❖ L'humour
- ❖ La neurostimulation
- ❖ Le toucher-massage
- ❖ L'aromathérapie
- ❖ Le pacing respiratoire
- ❖ La technique VAKO
- ❖ La règle des trois O

Il existe tellement d'outils dont l'efficacité a été prouvée, mais qui sont encore peu évoqués. Chaque soignant ou futur soignant a des prédispositions à l'écoute, l'observation, l'échange, le relationnel. C'est pour cela aussi que l'on choisit ce métier. Sans être formé à la communication thérapeutique, apprendre à écouter, observer son patient et son environnement peut permettre un meilleur échange avec autrui. C'est aussi un gage de qualité dans la relation tant professionnelle que personnelle.

En effet, c'est par l'expérience que l'on va acquérir l'aisance et adapter cet outil au patient. Il faut prendre le temps en notre début d'exercice de pratiquer la communication thérapeutique. Comme le disaient les infirmières, s'asseoir à côté du patient, se mettre à hauteur, faire une enquête, repasser régulièrement dans la chambre du patient n'est pas toujours faisable.

Par exemple, si en tant que jeune diplômée je suis formée à la communication thérapeutique, je ne suis pas sûre de pouvoir mettre en œuvre cette pratique correctement, car en début de carrière nous n'avons pas la même organisation, ni anticipation des soins comparé aux infirmières confirmées. Il faut apprendre comment bien communiquer à la base et ensuite apprendre à prendre soin de manières différentes avec les patients. L'utilisation d'autres outils non-thérapeutiques peuvent être mises en œuvre avant d'être formés à la communication thérapeutique, mais inconsciemment va induire à l'utilisation de ce nouvel outil. Comme le disait l'infirmière en unité mobile de douleur, des moyens non thérapeutiques peuvent être utilisés avec des outils thérapeutiques, se compléter et renforcer leurs actions sur le patient. C'est maintenant à moi après ce travail d'études enrichissant, de m'initier à ces nouveaux outils, de me les approprier et de m'en servir afin d'aider autrui.

Ma réflexion initiale ne se basait que sur la communication thérapeutique, sans aborder l'existence, ni l'utilisation approuvée d'autres méthodes.

5.3 - Quand la communication thérapeutique soulage la douleur

Dans ma question de départ, j'ai parlé de l'impact que pouvait avoir la communication thérapeutique sur la douleur en général, mais principalement sur les douleurs induites lors de soins.

L'échange avec les deux infirmières a été d'une richesse inouïe et m'a permis de mieux visualiser l'intérêt et le bénéfice de la communication thérapeutique sur la douleur. Comme le disait l'une des infirmières, la communication thérapeutique m'a permis de "mieux me sentir dans mes baskets" et de me sentir fière et contente de mon travail auprès de mes patients.

Comment un outil peut-il être si bénéfique tant pour le soignant que le patient ? Lors de mes recherches, j'ai pu lire que la communication thérapeutique apportait tant de bénéfice, que j'ai regretté de ne pas m'y être intéressée d'initiative avant ce mémoire. Quand j'ai vu en stage, l'efficacité de cet outil sur les patients, je me suis dit que je voulais absolument être formée à cet outil. Voir que par notre écoute, notre observation le patient se sent acteur de son hospitalisation, se sent entendu et considéré, ces éléments changent totalement la manière de prendre en soin son patient de son entrée à la sortie d'hospitalisation.

Essayer de prendre notre temps, de pratiquer de la prémédication par des moyens thérapeutiques et d'exécuter ce projet d'abolition de la douleur, par des moyens non-thérapeutiques permettant la distraction, la communication et le renforcement de la relation soignant/soigné, permet aux deux parties de se sentir plus détendues et confiantes.

La communication par ces nombreux outils peut soulager, voire éradiquer la douleur. Bien sûr, cela reste subjectif selon chaque croyance et chaque mais si par notre communication, respect et bienveillance envers les patients, nous pouvons changer la vision et le cours de leur hospitalisation ainsi que notre manière de travailler, alors c'est une expérience qu'il faut tenter et essayer d'améliorer de par nos expériences et nos connaissances.

Si on utilise un moyen de communication adapté à chacun selon l'état et la douleur du patient, alors la captation de son canal de communication, de son langage va agir sur son état physique et psychique. Il faut prendre conscience que la communication thérapeutique est liée à la douleur et que si nous en faisons bon usage, alors notre communication va être d'autant plus positive.

Ces questionnements, ces recherches et l'ensemble de mes analyses m'ont permis d'aboutir à une question de recherche.

5.4 - Question de recherche

Je souhaite réajuster ma question de départ au regard de mes analyses et de mes recherches documentaires sur le sujet. Selon moi, la communication thérapeutique et l'hypnose étaient les seuls moyens non médicamenteux pouvant soulager la douleur. Mais en parlant avec les professionnelles, je me suis rendue compte qu'il existait encore d'autres outils non-thérapeutiques pouvant être utilisés en complément de la communication thérapeutique. Ces outils peuvent être utilisés pour soulager des douleurs induites par les soins, mais peuvent aussi être utilisés dans la prise en soin globale du patient.

Il résulte alors suite à ces ajustements, la question de recherche de mon mémoire :

“En quoi la communication thérapeutique associée à d'autres méthodes et outils, permet une prise en soin efficiente du patient ?”

VI. Conclusion

J'ai commencé ce travail d'études par des situations concernant l'efficacité de la communication lors de soins douloureux. Ces situations m'ont posé des questions sur la manière dont je rentrais en communication avec mes patients et comment eux, percevaient mes propos. Ma question de départ était basée sur la manière dont la communication thérapeutique influence-t-elle la douleur ressentie par le patient. J'ai effectué mes recherches sur la douleur, la communication, la communication thérapeutique et les outils non-thérapeutiques. De part ces thématiques, mon cadre conceptuel et mes entretiens se sont dessinés. Lors de mes analyses, je me suis aperçue qu'il existait de nombreux outils autre que la communication thérapeutique. J'ai pu remarquer qu'avant d'utiliser la communication thérapeutique, il était avant tout primordial d'écouter, observer, communiquer avec le patient. C'est en prenant compte de ces notions que les outils non-thérapeutiques peuvent être des plus efficaces. J'ai appris et compris au sujet de la communication thérapeutique. Elle possède de nombreux effets positifs, mais surtout elle peut soulager, voire inhiber la douleur. Lors de ma posture initiale, j'abordais aussi les bénéfices de la communication thérapeutique uniquement sur les soins douloureux : puis j'ai appris grâce à la rédaction de mon cadre conceptuel et des interviews avec les professionnelles, que d'une, la communication thérapeutique pouvait être associée à d'autres outils pouvant multiplier l'efficacité de cette dernière, mais aussi, que la communication thérapeutique pouvait s'utiliser dans d'autres contextes. C'est pour cela que je souhaite remodeler la question de recherche, afin qu'elle ouvre d'autres champs de possibilité et voir jusqu'où la communication thérapeutique est efficace et où en sont les limites.

Ce travail d'étude m'a permis de savoir comment, suite à des interrogations, je peux créer un écrit avec toutes les informations que j'ai recueillies, trier, analyser, interpréter pour en apprendre le plus possible, et ainsi, réévaluer et modifier lorsque cela était nécessaire. C'est le premier travail d'écriture relativement conséquent que je fais. Cela n'a pas été un travail facile, mais il m'a permis de me questionner sur ma pratique professionnelle, de faire des liens entre mes réflexions et les informations déjà existantes. C'est un travail très enrichissant, et qui professionnellement va me permettre de m'autoévaluer, évoluer par une nouvelle acquisition de pratiques et de connaissances.

Le relationnel est la base fondamentale de notre métier, mais, c'est à nous de l'utiliser à bon escient, et ainsi. Notre esprit critique me permettra l'amélioration de la prise en soin du patient et ainsi d'optimiser le bien-être moral et physique, pour, à terme, mieux vivre sa pathologie et son hospitalisation.

C'est donc un devoir pour moi, future soignante, de constamment me remettre en question et d'améliorer la prise en soin globale du patient, mais aussi ma communication afin d'en retirer le meilleur. J'ai eu une prise de conscience quant à ma manière d'être, de me comporter, de communiquer avec les patients. Je veux ainsi, adapter au mieux ma communication afin qu'elle en devienne thérapeutique auprès des patients.

Bibliographie

Ouvrages :

- ❖ Bernard. F & Musellec. H & Benhamou. D (2013). *La communication dans le soin*. Rueil-Malmaison : Arnette
- ❖ Watzlawick. P (2014). *Le langage du changement : élément de communication thérapeutique*. Paris : Points
- ❖ Carillo. C (2010). *Être un soignant heureux : Le défi - Fluidifier les apprivoiser les émotions*. Paris : Masson
- ❖ Girandola. F & Fointiat. V (2016). *Attitudes et comportements : Comprendre et changer*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble (PUG)
- ❖ Bellenger. L & Couchaere. MJ (2007). *L'écoute : Osez l'empathie pour améliorer vos relations*. Paris : ESF
- ❖ Muller. A (2012). *Soins infirmiers et douleurs* (4^e édition). Issy-Les-Moulineaux Elsevier Masson

Textes législatifs :

- ❖ *Section 1 : Actes professionnels - Articles R4311-1 à D'4311-15-2* (février 2021). Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610/
- ❖ Code de la santé publique Article L1110-5-3 (mai 2021). Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031971181/
- ❖ Chapitre V : Le cadre de référence de l'élaboration de ces normes (Consulté en janvier 2012). Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf

Sources internet :

- ❖ Wanquet-Thibault. P (novembre 2016). *La douleur induite par les soins : évaluer, prévenir et soulager*. Disponible sur :
http://www.sfap.org/system/files/thibault_dps_2016_toulouse.pdf
- ❖ Closset. C (décembre 2018). *Douleur aiguë, douleur induite par les soins*. Disponible sur :
https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/douleur-induite-et-dpo_1544182700406-pdf
- ❖ Closset. C (décembre 2018). *Évaluation de la douleur et de la qualité de vie*. Disponible sur :
https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/evaluation-douleur-et-qualite-de-vie_1544182720115-pdf

- ❖ Levasque. A (2014). *Physiopathologie de la douleur : classification des douleurs*. Disponible sur :
https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/physiologie-douleur-et-classification_1542818491721-pdf
- ❖ Richard-Hilbon. A (2014). *La douleur induite par les soins*. Disponible sur :
https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence_s2014/donnees/pdf/033.pdf

Articles électroniques :

- ❖ Pédialol.org (mai 2019). *Définition, composantes de la douleur*. Disponible sur :
<https://pediol.org/la-douleur-definition/>
- ❖ Vidal.fr (avril 2021). *Les causes de la douleur*. Disponible sur :
<https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur/causes.htm>
- ❖ Institut National du Cancer (2012). *Douleur aiguë, chronique*. Disponible sur :
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-aigue-chronique>
- ❖ Ministère des Solidarités et de la Santé (septembre 2019). *Douleur : De quelle douleur parle-t-on ?* Disponible sur :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-de-quelle-douleur-parle-t-on>
- ❖ Vidal.fr (avril 2011). *Comment mesure-t-on la douleur ?* Disponible sur :
<https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/prise-charge-douleur/mesure-evaluation.html>
- ❖ Gouchet. A & Hamlat. A (2017). *Regard croisé sur la communication thérapeutique*. Disponible sur :
<https://www.hypnose.fr/regards-croises-sur-la-communication-therapeutique/#:~:text=La%20Communication%20Th%C3%A9rapeutique%20est%20une,ind%C3%A9pendamment%20de%20tout%20apport%20pharmacologique.&text=Anna%20HAMLAT%3A%20La%20communication%20th%C3%A9rapeutique,%C3%A9mergence%20d%27un%20travail%20th%C3%A9rapeutique>
- ❖ Cungi. C (juin 2010 - n°15). *L'alliance thérapeutique*. Disponible sur :
<https://www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2009-6-page-15.htm>
- ❖ Favetta.V Feuillebois-Martinez. B (janvier 2011 - n°107). *Prendre soin et formation infirmière*. Disponible sur :
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>

Les Annexes

Annexe I : Situations d'appel n°1

Annexe II : Situation d'appel n°2

Annexe III : Guide d'entretien semi-directif

Annexe IV : Retranscription entretien n°1

Annexe V : Retranscription entretien n°2

Annexe VI : Tableaux d'analyse descriptive des entretiens

Abstract

Annexe I : Situation d'appel n°1

Je suis actuellement au cinquième semestre de ma formation en soins infirmiers et j'effectue mon stage en chirurgie au CHU de Rennes.

J'étais de matin toute la semaine, c'était ma 2^e semaine dans le service. Mr. T était déjà dans le service depuis 2 semaines. Mr. T est arrivé dans le service suite à sa consultation. Il avait un ulcère relativement conséquent au niveau de la jambe gauche et un pontage fémoro - poplitée.

Il possède une cicatrice intérieure de la cuisse d'environ 4 cm et une autre sur le scarpa gauche d'environ 10 cm. Au bout de huit jours, une désunion du scarpa gauche est notée avec des écoulements verdâtres et malodorants. Après plusieurs détersions à la curette, des aquacel mis en place, les médecins décident de faire un parage de plaie sur son ulcère de jambe gauche et de nettoyer le scarpa gauche en même temps, afin d'enlever les zones de nécroses sur les berges de la plaie. Sachant que Mr. T a eu un TPN à -80 mis en place depuis quatre jours afin de drainer la plaie et que, aucuns résultats ne sont probants, un parage de plaie est décidé par l'équipe médicale du service.

L'interne décida de s'occuper de ses pansements en chambre et non au bloc avec mise en place de morphine per os à haute dose et de meopa. Deux des internes du service décident de s'occuper de Mr. T et je demande donc d'y assister.

De la xylocaïne en spray, des morphiniques per os, le meopa tout a été préparé et a été mis en place 15 à 30 minutes avant le soin, afin que Mr T ne soit pas douloureux. Des injections d'anesthésiant local en sous-cutanée ont été faites dans les berges afin de renforcer l'action antidouleur. Le soin commence, je suis à côté de Mr. T près du lit et lui tient le masque de meopa afin qu'il se détende un maximum. Au départ tout va bien, une petite détersion est faite pour commencer, mais au bout de 5 min Mr. T à mal, commence à crier donc une autre injection sous-cutanée est faite. Ils reprennent cette fois-ci, avec un scalpel afin d'enlever les zones de nécrose et là rien ne va.

Depuis le début, j'essaye d'entretenir un dialogue avec monsieur T, afin de détourner son attention sur la conversation et non la douleur. Malgré mes essais, Mr T était tellement douloureux qu'il ne me répond plus. Il est douloureux et crie de douleur, il est tendu, crispé, rien ne peut le soulager à part les pauses des internes, et encore les douleurs persistent malgré les pauses.

Avec tous les antalgiques, analgésiques per os ou sous-cutanée, toutes les méthodes de mise en place furent un échec total. Les internes ont pu terminer le pansement, mais avec une douleur insoutenable du patient qui n'arrêtait pas de gémir et de se plaindre d'une douleur insupportable. J'ai demandé à monsieur si le fait d'entretenir une discussion avait aidé contre la douleur, mais non, de base, c'est un patient qui n'est pas ouvert à la discussion avec l'équipe soignante et qui ne se livre pas beaucoup sur la vie privée, ou sur ses ressentis. Mr. et même avec de la communication, de l'écoute et du détournement d'attention, n'arrive pas à surpasser ses douleurs et ce qui est tout à fait compréhensible.

Suite à ce parage de plaie, Mr. T est très souvent dans le refus de soin et se bloque tant dans son langage que son comportement. L'hospitalisation de base, c'est stressant, mais malheureusement, des épisodes comme ceux-là ne l'aident en aucun cas dans sa gestion de la douleur.

Je me demande donc :

- ❖ Comment entrer en communication avec les patients ?
- ❖ Comment déterminer quelle communication est la plus adaptée selon chaque patient ?
- ❖ Comment communiquer avec une personne qui parle peu, qui a du mal à s'exprimer sur ses douleurs, ressentis et doutes ?
- ❖ Ai-je eu une bonne approche avec le patient ?
- ❖ Ai-je eu un comportement et une communication adaptés à la situation et au patient ?
- ❖ Comment interagir de manière efficace, positive et qualitative auprès du patient ?

Annexe II : Situation d'appel n°2

Je suis actuellement au cinquième semestre de ma formation en soins infirmiers et j'effectue mon stage en chirurgie au CHU de Rennes.

J'étais de matin toute la semaine, c'était ma 4^e semaine dans le service. Je m'occupe de Mme C, une des patientes que j'ai en charge depuis mon arrivée dans le service, qui est dans la chambre n°3.

Mme C est une patiente diabétique de type 2 et dialysée pour une insuffisance rénale chronique. Une ischémie rapide et humide des 3 derniers orteils du pied droit a été découverte lors de sa consultation pansement début septembre. Hospitalisée tout de suite, le 02/09/20, a lieu une amputation trans-métatarsienne ouverte dès trois orteils ainsi qu'une mise à plat de la voûte plantaire.

Malheureusement, l'évolution de son amputation n'évolue pas correctement et le 17/02/20, une décision d'amputation transtibiale droite au vu d'un haut risque infectieux. Mme C était fatiguée, présentait des douleurs à 8/10 au niveau de son amputation trans-tibiale, mais aussi des douleurs neuropathiques, c'est-à-dire des douleurs fantômes au niveau de sa jambe droite amputée.

Nous étions un jeudi matin, je devais refaire le pansement de transmeta à Mme. C comme tous les jours. Pendant, la visite médicale, l'interne demande à voir l'évolution de la plaie et donc je dois déballer son pansement.

En débarrant le pansement, je vois que Mme. C est crispée au niveau du faciès et n'ose pas me dire qu'elle est douloureuse. Son EN est de neuf et en attendant le médecin, je lui demande alors si elle veut que j'applique de la xylocaïne en spray qui permet d'anesthésier la zone localement. Je lui demande aussi si elle veut que j'introduise des antalgiques per os afin de la préparer à la réfection de pansement. Mme. C souffre malheureusement aussi, de douleurs neuropathiques qui sont une douleur spontanée ou provoquée, brève en éclair ou au contraire persistante, siégeant sur le trajet des nerfs, dont la cause, inflammatoire, mécanique à son pied droit qui n'est plus là.

Ce matin, je lui ai déjà administré 1 g de doliprane 1 h avant et de la prégabaline 50 mg per os. Avec avis médical, je lui donne 25 mg de prégabaline et 10 mg d'actiskenan per os en complément afin de diminuer la douleur de base et ainsi, permettre à la patiente d'être confortable.

Avant le pansement, je redemande la douleur de Mme. C. Elle était toujours douloureuse, son EN est descendu à 4, mais reste tout de même conséquent. Après discussion, nous décidons toutes les deux de faire la réfection du pansement.

Je commence à me préparer et, je commence à parler avec Mme. C sur ses hobbies à l'extérieur, sa famille, ses enfants. Nous avons donc décidé toutes les deux de centrer notre conversation sur la musique et sa fille aînée.

Je préviens Mme. C, que je commence la réfection de pansement et qu'il ne faut pas hésiter à me prévenir si c'est trop douloureux. À plusieurs reprises, elle retire sa jambe pour exprimer sa gêne, j'attends donc quelques secondes. Très régulièrement je regarde sa tête tout en étant concentré sur mon pansement afin d'évaluer une quelconque gêne ou douleur de sa part lors de la réfection de pansement. Le temps passe relativement vite, j'ai déjà nettoyé sa plaie et séché avec des compresses stériles. Elle n'exprime aucune douleur et est même détendue et souriante. Je suis en train de terminer le pansement et, lui demande de mobiliser légèrement la jambe afin de m'aider. Je lui annonce que je viens de terminer le soin, et elle a été agréablement surprise du fait qu'elle n'a pratiquement senti aucunes douleurs, pendant le soin et que cela n'a pas été une corvée, mais un moment agréable passé avec moi à parler de sa famille, de ses musiques préférées, et qui, ainsi, lui a

fait oublier le contexte d'hospitalisation. Il y a eu à ce moment-là, un renforcement du lien soignant/soigné et de la relation de confiance déjà entretenue avec moi.

Depuis le début, ma relation et mon statut d'étudiante avec la patiente est agréable, basée sur la confiance et très positive pour elle. L'ayant accompagnée au bloc opératoire pour son amputation trans-tibial droit, ce lien s'est renforcé par le fait que je la prenne en soin 5j/7 et 8 h par jour depuis son entrée dans le service, ce qui, m'apporte une aisance face à elle, mais aussi une excellente connaissance de son dossier, et de son parcours de vie.

Le fait d'avoir eu un échange sur ses plaisirs de la vie, sa vie familiale, à fait détourner l'attention de Mme. C des douleurs qu'elle pouvait avoir, suite à son amputation et ses douleurs neuropathiques. Certes, les antalgiques ont fait effet et ont fortement baissé ses douleurs, mais l'échange soignant-soigné, la relation de confiance créée avec la patiente, ont permis de détourner la douleur principale et de permettre à la patiente de se concentrer sur autre chose que sur le soin et sur son amputation.

Je me demande donc :

- ❖ Quels éléments m'ont permis une distraction de la patiente entraînant une diminution de la douleur induite par le soin ?
- ❖ Ai-je eu une communication et une attitude plus adaptée avec cette patiente ?
- ❖ Comment ai-je réussi à faire s'exprimer la patiente sur ses douleurs, ressentis et doutes ?
- ❖ Est-ce que la personnalité du patient entre en jeu sur la perception de la douleur ?
- ❖ Pourquoi ma communication a-t-elle été efficace, positive et qualitative auprès de la patiente ?

Annexe III : Grille d'entretien semi-directif

Problématique :

“ Lors de soins douloureux à un patient, en quoi l'utilisation de la communication thérapeutique par l'infirmière influence-t-elle la douleur ressentie par le patient ?

Thème	Questions	Relances/mots-clés
Profil du soignant	Quel est votre parcours professionnel ? Et dans quel service travaillez-vous actuellement ? Avez-vous des formations spécifiques ou passé des diplômes universitaires ??	
Le soin	Objectifs : <ul style="list-style-type: none">- Quelle est la définition du soin selon le soignant ?- Demander au soignant comment il imagine et interprète les soins infirmiers et quels sont les termes ? 1) Quelle est votre définition du soin ? Et pour vous donc qu'est-ce que les soins infirmiers ? 2) Quel est le rôle propre de l'infirmier ?	
La douleur	Objectifs : <ul style="list-style-type: none">- Connaître la propre définition de la douleur selon le soignant- Déterminer quelle origine de la douleur prédomine dans les services. Cela amène-t-il à une prise en charge et une compréhension différente de la douleur ?- Comment le soignant détecte-t-il la douleur chez un patient ?	

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Quelle est selon vous la définition de la douleur ? 2) Pouvez-vous me dire ce que vous pensez quand je vous parle de douleur induite par les soins ? 3) Quelle étiologie de la douleur rencontrez-vous le plus souvent en service ? 4) À Quel type de douleur êtes-vous le plus souvent confrontée 5) Lorsque vous êtes à côté de vos patients, comment se manifeste la douleur ? 6) Utilisez-vous des moyens non thérapeutiques pour soulager la douleur ? 	<p>Les différents types de douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur provoquée - Iatrogène - Induite <p>Origine de la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nociception - Neuropathique - Dysfonctionnelle <p>Verbale, non verbale, réponse motrice, signes végétatifs...</p> <p>Différentes échelles de la douleur, les plus utilisées</p>
<p>La communication</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître la propre définition de la communication selon le soignant - Connaître comment le soignant communique-t-il avec le patient ? - Connaître l'avis du professionnel sur sa vision de la communication dans le soin - Comment le professionnel définit-il la communication thérapeutique et comment s'en sert-il ? - Déterminer quels sont les différents outils de communication thérapeutique <ol style="list-style-type: none"> 1) Quelle est votre définition de la communication ? 2) Quels sont les outils que vous utilisez afin de communiquer avec autrui ? 	<p>Règles des 3 O</p> <p>Technique de VAKO</p>

	<p>3) Pour vous, qu'est-ce que la communication dans le soin ?</p> <p>4) Quelle est votre définition de la communication thérapeutique ?</p> <p>5) Quels sont les outils que vous utilisez dans votre communication thérapeutique ?</p>	<p>Verbal Para-verbal Non verbal</p>
<p>Ouverture sur la communication thérapeutique</p>	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment la communication thérapeutique change-t-elle la manière de penser, de visualiser et de prendre en charge non seulement le patient, mais aussi les autres éléments qui l'entourent tels que les émotions, la douleur... ? - Question ouverte permettant de partir sur une éventuelle ouverture à la fin du mémoire <p>1) Comment la communication thérapeutique vous a aidé à changer votre prise en soin et le regard que vous portez sur la douleur ?</p> <p>2) La communication thérapeutique est souvent utilisée pour soulager la douleur, mais connaissez-vous d'autres techniques non-thérapeutiques ?</p> <p>3) Pensez-vous, qu'à terme la communication thérapeutique peut-être un outil utilisé par tous les soignants et qui est de meilleure efficacité sur les patients ?</p>	

Annexe IV : Retranscription entretien n°1

Moi : Quel est ton parcours professionnel et dans quel service travailles-tu actuellement ?

Ide : J'ai eu mon diplôme en 93, donc ça date. Au tout début, j'ai travaillé en clinique pendant à peu près 5 ans avant d'arriver sur l'hôpital et sur l'hôpital, je suis arrivée en 98 donc j'ai fait beaucoup de services avant d'intégrer la chirurgie vasculaire. J'ai vraiment beaucoup roulé quand j'étais contractuel et en mai 2000, j'ai posé mes valises en chirurgie vasculaire et j'y suis toujours donc ça fait 21 ans cette année que j'y suis. Donc je travaille en unité d'hospitalisation et j'ai commencé à travailler à la consultation par des remplacements à partir de 2011 à peu près, ouais 2011-2012 et puis voilà, on tourne, on est plusieurs à tourner entre le service et la consultation. Voilà donc après 21 ans en vasculaire, c'est 21 ans de pleins de belles choses autant la technicité des soins avec les plaies, mais aussi des relations parce que, on a des patients chroniques qui vivent dans la chronicité de l'artériopathie donc on apprend à les connaître, on crée le lien avec eux.

C'est 21 ans où la douleur est présente quotidiennement et une douleur qu'on a du mal souvent à gérer, malgré tout ce que l'on peut donner et c'est vrai qu'une douleur peut même être délétère pour une cicatrisation. Donc je me suis formée en 2013, j'ai fait un diplôme universitaire sur la prise en charge de la douleur pour essayer de mieux la comprendre, mieux la cerner, pour mieux aider le patient parce que l'objectif, c'est aider le patient et voir ce que je peux faire pour le rendre confortable. Durant cette année en fait, on a différents cours avec d'autres praticiens de médecine complémentaire et dont l'hypnose. Donc ça m'a interpellé et je me suis dit tien pourquoi pas, et donc dans un premier temps, je me suis formé à la communication thérapeutique qui est une approche hypnotique et je dirais maintenant pour moi, c'est le passage obligatoire avant d'être formé à l'hypnose parce qu'on a quand même toutes les bases, c'est vrai que cela nous permet d'avoir un autre parlé, d'autre postures, etc...

Par la suite en fait, quand on pratique la communication thérapeutique avec des outils qui sont quand même plus ou moins hypnotiques, et que tu t'aperçois que ton patient, ouais, il se passe quelque chose, il est plus dans sa douleur et en même temps bah ouais ça ressemble à de l'hypnose et puis les gens te disent ouais, c'est de l'hypnose que tu fais parce que du coup, tu rencontres plein de gens lors de congrès et tout.

C'est vrai que voilà de fil en aiguille, je me suis formé à l'hypnose parce que je voulais aller plus loin et donc j'ai passé le diplôme universitaire en hypnose thérapeutique qui est maintenant appelé communication thérapeutique à Nantes en 2016-2017 et puis voilà maintenant la communication thérapeutique, je vais dire, ça fait partie de mes apprentissages, c'est comme quand on apprend le vélo, c'est passer du mode inconscient. L'hypnose, on l'approche de la communication thérapeutique de l'hypnose conversationnelle, c'est vrai qu'on fait beaucoup de rapport entre les deux et l'hypnose plus formelle quand je peux, dès que le moment se présente, c'est vrai que je ne me prépare jamais, c'est vraiment au feeling.

Ça été une révélation tout ça depuis la communication thérapeutique moi, je trouve que j'ai complètement changé, pourtant pour moi, j'ai l'impression que j'ai fait ce métier parce que j'adore la relation, mais je trouve que depuis que j'ai tous ces outils, c'est encore mieux.

Moi : Est-ce que tu trouves du coup qu'au niveau de ta prise en soin au niveau des patients, elle est meilleure et est-ce qu'au niveau de ta relation avec les patients, tu sens qu'il y a une meilleure "proxémie" avec eux ou non ?

Ide : Oui je dirais que j'ai appris à observer un patient, j'ai appris à les écouter, et en fait rien que ça tu vois plein de choses sur ton patient et tu vois pourquoi déjà, ça te permet de te rendre compte que lui il ne voit pas du tout les mêmes choses que toi et il n'a pas les mêmes ressentis.

Le fait d'être en consultation, d'être hospitalisé, en fait ça les mets, ça les dissocie complètement, donc à nous de les aider et de sortir de cette dissociation plutôt négative parce qu'ils ne sont plus dans la capacité parfois d'analyse, et il faut donc les sortir de ce côté négatif pour les aider à mieux vivre une hospitalisation, un soin, une chirurgie etc...

Et moi je trouve que je n'ai pas changé ma manière de faire auprès d'eux. Pour moi le relationnel, c'est très important, mais c'est une aide en plus sur le vocabulaire que j'ai acquis. Sur la communication thérapeutique, j'ai arrêté d'utiliser la négation. Je l'utilise à bon escient.

Il y a des choses que je n'utilise plus. Je vais avoir des postures complètement différentes donc ça, c'est la communication thérapeutique et l'hypnose qui m'ont aidé à faire ça justement. Donc ouais je dirais si j'ai changé.

Moi : Encore plus que d'habitude sûrement plus que d'habitude encore plus positivement.

Ide : Ouais je pense ouais.

Moi : Ok bah du coup après ma prochaine question, c'était sur les formations spécifiques, mais ça du coup, tu en as déjà parlé.

Ide : Après les formations moi je dirais que sur les formations, c'est important de se former surtout pour l'hypnose et la communication thérapeutique, elles sont hyper intéressantes les formations Institutionnelles. Parce qu'il y a des instituts privés comme Émergence à Rennes où ils font des formations de communication thérapeutique qui sont très bien.

Celle du CHU la formation continue et ben est très bien et après il y a l'hypnose, il faut que ça soit reconnu par la "Confédération Francophone Hypnose et Thérapie" mais il faut vraiment que ça soit des organismes qui soient reconnus parce qu'il y a beaucoup de centres qui ne sont pas reconnus et c'est pas forcément « éthique » voilà.

Moi : Et si jamais elles ne sont pas reconnues est-ce que du coup tu peux quand même faire de l'hypnose en service ou comme ce n'est pas reconnu tu n'as pas le droit ?

Ide : Normalement on a une charte à l'hôpital, disons que les formations doivent être reconnues par la CFHTB. Ce que je te disais la Fédération Francophone, mais tu vois je connais, j'ai vu une infirmière qui sortait de l'école qui s'est formée dans un institut rennais qui n'est pas reconnu et qui a ouvert un cabinet d'hypnothérapeute.

Et pour moi on ne peut pas être, je ne suis pas hypnothérapeute. Je suis hypnopratricienne. Et je n'ai pas les compétences, moi quand je pense que cette fille-là elle n'est pas dans son domaine de ses compétences. Je pense qu'elle n'a pas tous les outils pour aider les gens, parce que parfois je m'aperçois que la personne va me dire des choses qui peuvent t'être reliées à des problèmes du passé même dans l'enfance. La moi, je ne suis pas armée pour l'aider et je réoriente en fait. Mes oreilles ont entendu ça et je vous propose peut-être d'aller rencontrer un psychologue qui peut-être peut vous aider justement à travailler sur ce que vous m'avez dit tout à l'heure.

Tu vois moi là je ne suis pas psychologue et ce n'est pas mon intention non plus. Quoique c'est vrai que les études m'ont l'air intéressantes, mais ce n'est pas mon rôle donc c'est vrai du coup je réoriente parce que ce n'est plus mon champ de compétence.

Moi : Ok, et au niveau de tes formations, elles ont toutes les deux durée un an ou par exemple pour la communication thérapeutique, c'est plusieurs petites formations qui vont suivre ?

Ide : Pour la communication thérapeutique, c'est trois jours maintenant. C'est 2 + 1 à 1 mois d'intervalle. Non, c'est très rapide, sur émergence cela doit être 3 jours, alors que la formation en hypnose j'ai eu le diplôme universitaire et c'est sur une année de faculté, une année universitaire où tu as 4 rencontres de 3 jours + 1 jour où tu fais l'oral de ton mémoire la soutenance. Ce que tu vas avoir bientôt, et en institut privé ça doit être à peu près neuf jours au total donc tu vois, c'est toujours dispatcher sur l'année.

Après, c'est pratique moi je fais partie d'un groupe d'interaction où je fais partie du bureau et en fait on se voit deux fois, trois fois l'année et on se montre des vidéos comme ça tu peux améliorer la pratique c'est pas mal aussi il faut se former aller aux congrès, ...

Moi : Très intéressant à voir pour plus tard

Ide : Pour moi si tu fais ce mémoire, c'est que tu es intéressée

Moi : Tout à fait, j'aimerais faire un DU plaies et cicatrisation et c'est vrai que la communication thérapeutique, je pense que si tout le monde peut accéder à la formation, je pense qu'ouais dans les premières années je vais demander à la faire. Ça c'est sûr

Moi : Donc ma première partie va se concentrer sur le soin. Du coup pour toi quelle est ta définition du soin juste en général ? Tout simplement

Ide : Le soin en général, ça va être appliqué les prescriptions que le médecin t'a faites donc c'est faire le soin en fonction de la prescription suivant notre référentiel. Après tu en prends soin donc tu fais ton soin, mais à côté tu as un soin relationnel auprès de ton patient, et c'est la façon dont tu vas faire ton soin, comment tu vas amener ton soin et comment ton patient va adhérer aux soins.

Donc voilà qui va amener justement cette qualité ? Qui toi, toi qui fais que tu es contente de ce tu as fait, que le patient est content aussi. Donc pour moi, c'est vraiment tu as le soin, mais tu as le côté relationnel autour qui fait que ton soin peut être bien fait ou pas.

Moi : D'accord, ok. Et pour toi qu'est-ce que sont les soins infirmiers ?

Ide : Alors les soins infirmiers, ça va être ce que je t'ai dit, des soins qu'on va faire en application d'une prescription, mais on a des soins qui font partis de notre rôle propre donc on a tout un référentiel par rapport à ça

Après il y a des soins que l'on va pouvoir côté, et justement que l'on trace, ça va être une injection, un pansement, des médicaments que l'on donne, mais à côté tu as des soins relationnels qui sont hyper important et cela tu ne peux pas forcément les tracer, ils ont tous leurs valeurs dans la prise en soin du patient, donc voilà, les soins infirmiers, c'est vraiment des soins multidimensionnels et on a une grande richesse justement dans notre métier

C'est vrai que c'est bien dommage que ce soin relationnel ne soit pas forcément pris en compte dans notre journée de travail et qu'il ne soit pas côté justement pour encore plus valoriser notre métier.

Moi : D'accord, et donc pour toi vraiment les rôles infirmiers ce sont des choses qui n'ont pas besoins de prescriptions médicales, mais ça va être aussi tous les soins que tu es obligé de tracé au niveau prise de sang, pansement etc...

Ide : C'est vrai que l'on fait beaucoup de choses dans notre métier, autant les soins techniques, mais il y a tout ce qui est administratif qui font partie de notre rôle, j'ai des collègues qui font de la programmation donc c'est vrai que c'est différent et à côté tout ce qu'on apporte au patient, mais aussi tout ce qu'il y a autour du patient pour qu'il puisse venir à l'hôpital, pour qu'il puisse partir de l'hôpital avec tout ce qu'on peut faire en papier de sortie que le médecin prescrit pour les sorties, mais nous on a un rôle de regarder, préparer, d'expliquer au patient. Toutes ces explications sont importantes parce que combien de fois on s'est rendu compte que le patient part avec son enveloppe, mais que si tu es expliqué pas le patient pose l'enveloppe chez lui sur le meuble et il va lire alors que c'est important. Tout est expliqué. Par exemple, si le patient arrive à l'hôpital, il est dans un état de stress donc souvent on leur demande ce que vous avez entendu lors de la consultation, et bien souvent ils se sont figés sur un mot. Il faut donc expliquer et même présenter des dessins pour expliquer justement ce que l'on va faire pendant la chirurgie. Donc on a tous ce rôle de pédagogie avec eux, et puis tout ce rôle de réassurance, c'est important aussi pour qu'il puisse mieux vivre son hospitalisation.

Moi : Ok et pour toi, quelle est la définition de la douleur ?

Ide : La douleur. Alors j'ai fait le DU douleur donc je ne vais pas te donner celle qui sort tout le temps, mais la douleur comment, elle est multidimensionnelle bonne en chirurgie nous on a la douleur aiguë, on a la douleur chronique et on a la douleur neuropathique
Mais on a une douleur aussi quand on dit qu'elle est multidimensionnelle, c'est-à-dire qu'elle va avoir un impact autant dans la vie du patient, comme sur celle de son entourage, elle va avoir un effet sur sa profession, au niveau social parce que c'est tellement important que ça modifie plein de choses autour de lui.

L'anxiété peut majorer des douleurs, moi je le vois bien dans le service avec des plaies avec qui ils vont avoir des pansements tous les jours. Un pansement il le connaît de la veille, de l'avant-veille et tout, qui sait ce que ça fait comme sensation, que ça fait mal quand on fait une détersion, il entend le mot, il voit les curettes, il voit les scalpels.

Les mots fibrine, il faut que j'enlève la fibrine, il faut que je fasse une détersion, il connaît ces mots tous ces mots-là.

Ça va plus augmenter la douleur du moment où il va anticiper la douleur du futur parce qu'il sait que demain, après-demain et pendant des semaines, il va avoir le même pansement avec des détersions donc il sait potentiellement qu'il va avoir mal donc il accentue la douleur du moment. Elton elecson qui est le psychiatre qui a découvert l'hypnose conversationnelle l'utilise maintenant. Oui il l'a bien décrit par exemple, c'était qui augmente la douleur. Après voilà il y a beaucoup de douleur, toujours dit qu'au début, la douleur qu'il fallait toujours croire le patient qui dit qu'il a mal. Ça, c'est toujours la chose importante, ne jamais minimiser la douleur d'un patient. On a tous notre vécu. Pour la même douleur un patient va ressentir différemment, justement avec cette douleur parce que tout a un lien avec son vécu, la personnalité, son état psychique.

Moi : OK et pour toi quand je te parle, enfin qu'est-ce que ça t'évoque en particulier quand je te parle de douleur induite par les soins ?

Ide : C'est ce que je te disais avec l'augmentation de l'anxiété liée au pansement, la douleur induite, c'est celle que l'on va induire aux soins ou alors ça peut être une prise de sang, perfusion, détersion de plaie. C'est une douleur qui va arriver parce que nous, on fait quelque chose aux patients. On peut faire un soin qui potentiellement va induire une douleur chez le patient que ce soit nous, les médecins...

Après pareil, ça peut être une mobilisation, une mobilisation qui peut amener ou induire une douleur chez un patient.

Moi : Et les douleurs induites sont largement plus présentes dans les services d'hospitalisation vu tous les actes qu'on est obligé de faire...

Pendant la toilette que ce soit même les aides-soignants, les infirmiers...

Ide : Il y en a certains ils ont tellement vécu de douleur que je ne sais pas si une douleur va être plus importante lorsqu'elle est là, parce que c'est vrai par nos soins on peut induire des douleurs donc on peut faire pleins de choses pour éviter ça, mais c'est vrai que, mais tu peux tout à fait éviter une douleur induite aux patients.

Je ne sais pas si c'est plus important qu'une douleur si quelqu'un vit dans cette, dans sa douleur, une douleur qui peut être sourde ou alors bien présente. Je ne sais pas si à ce moment-là les douleurs induites sont plus importantes, car c'est une douleur qui est très présente et une douleur chronophage aussi.

Moi : Pour toi, quelle étiologie de la douleur rencontres-tu le plus dans les services ?

Ide : Dans le service où je suis, la douleur postopératoire liée au geste donc ça peut être une incision, un scarpa, c'est le pli de l'aîne ou la cuisse, donc c'est vraiment des cicatrices après tu as tout ce qui est douleur liée aux amputations, orteils, jambes ou cuisses. Ça va être des douleurs qui se situent avant chirurgie, nous ça va être des douleurs d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs cela va être des douleurs qu'on appelle de stade 4 donc ça va vraiment être des douleurs très difficiles pour les patients à supporter même la nuit.

Ce sont différents stades dans l'artériopathie. C'est une douleur nocturne, une douleur de décubitus. La nuit va être totalement impactée par ces douleurs-là et la douleur de stade 4, c'est quand la douleur est là. C'est vraiment des douleurs aiguës qui se chronicisent quand elles sont au-delà de 3 à 6 mois avec des douleurs neuropathiques souvent assemblées avec des douleurs suite à une lésion de nerf. Les nerfs sont atteints donc ce sont des douleurs neuropathiques aussi.

Après les douleurs induites sont des douleurs induites par les soins

Et puis l'étiologie ça va être sûrement ça je ne sais pas si je réponds bien à ta question ?

Moi : Si c'est, si c'est principalement ça, c'était pour voir si c'était des douleurs aiguë, chronique, neuropathique, mais là, c'est vrai que j'ai l'impression que dans le service, c'est principalement des douleurs neuropathiques.

Ide : Alors oui neuropathique, c'est vrai qu'il y en a beaucoup, mais il y a aussi des douleurs aiguës qui sont souvent présentes. Puis bah une douleur induite, mais certains ont leur plaie depuis tellement longtemps que ça se chronicise. On est dans la chronicité de la douleur donc c'est vrai qu'on a les trois dimensions en fait. Ces trois dimensions, quand tu es à côté de ton patient, quand tu les observes, comment se manifeste la douleur généralement.

Moi : Comment se manifeste la douleur chez les patients ?

Ide : Généralement quand je suis à côté d'eux, j'ai appris à observer, écouter énormément les patients. Et l'observation est très importante, tu vas voir par la position du langage non verbal.

Tu vois comment est ton patient au niveau du visage, au niveau des traits du visage, le front qui est plissé, peut-être les yeux fermés, la position pour certains et en chien de fusil, le membre qui est recroquevillé donc c'est aussi des signes qui sont visibles, qui restent parlant.

Après ça va être partout, ce que tu entends avec un gémissement ou même un silence, quelqu'un qui va verbaliser énormément, tu vas lui dire qui peut gémir, qui va dire, etc...

Et c'est vrai qu'à côté de mon patient ça va être par l'observation et l'écoute.

C'est vrai que j'adapte justement la position et mon langage en fonction de ce que je vois et de ce que j'entends pour aider le patient.

Moi : Et du coup utilises-tu des moyens non-thérapeutiques pour soulager la douleur ?

Ide : Ah bah oui donc en faite j'utilise enfin, il faut toujours faire attention, prendre en compte que ton patient est bien eu tous ces antalgiques parce que c'est vrai que souvent sur le postopératoire, certains médicaments sont mis si-besoin alors que pour moi je trouve ça logique que sur un postopératoire ou une amputation, on donne systématiquement toutes les six heures, les antalgiques au patient même en prévention, même s'ils n'ont pas de douleur, il faut prévenir la douleur. Après sur les techniques non médicamenteuses cela va vraiment être selon l'approche que l'on a avec les patients.

Par exemple, se mettre en position basse, au même niveau avec eux parce qu'il faut rentrer en communication avec eux, car lorsqu'ils sont mal, ils vont peut-être être fermé et qu'il faut récupérer ce lien et avoir cette relation de confiance avec eux

Et puis après ça va être par des mots apaisants. C'est bon moi je suis formée à la communication thérapeutique et à l'hypnose donc ce sont de beaux outils qui vont permettre au patient de mieux gérer, mais après avec tout ce que j'ai en Com thérapeutique et en hypnose on peut le faire avec beaucoup de choses.

Avec la douleur on la chosifie, on lui fait prendre une forme pour essayer de modifier ses ports, mais c'est vrai que les patients sont preneurs de tout quand ils ont des douleurs.

Et la respiration, je travaille beaucoup avec eux sur la respiration pour les douleurs parce qu'il y a beaucoup d'études qui ont montré que la respiration avait un aspect antalgique, car elle a un effet sur le système parasympathique et c'est vrai que quand tu travailles, tu aides le patient sur la respiration et c'est vrai qu'il y a une formation, donc après, c'est de leur donner l'outil pour qu'il apprenne lui-même.

Moi : D'accord donc ils apprennent même à comment gérer la douleur, à "l'accepter"

Ide : Et après il faut se défocaliser de cette douleur, car on se focalise sur cette douleur. Et donc elle augmente sa douleur, mais si on fait autre chose. Ça y est, enfin, c'est pas facile, donc je leur dis que c'est plus facile à dire qu'à faire, mais toujours est-il que ça marche souvent et je leur propose une petite induction hypnotique, un peu de relaxation donc après on va, vous allez vous apaiser après et c'est de leur donner un outil pour les aider à mieux gérer cela tout seul quand on n'est pas là.

Moi : Tout à fait. Pour toi, quelle est la définition de la communication ?

Ide : La communication, c'est une relation entre deux personnes qui va faire qu'ouais transmettre un message, mais moi je vais te transmettre un message avec ce qui fait de moi je suis moi, c'est-à-dire que je véhicule mon histoire, mes émotions, mon état psychique, ma personnalité par exemple, je vais t'envoyer ce message-là et toi tu vas répondre par ce qui fait de toi, toi, donc tout ce qui fait aussi ta personnalité et tout ça donc voilà, c'est comme ça qu'on va communiquer ensemble. Et donc c'est comme ça que moi je l'ai apprise la communication et en ayant toujours le respect de la personne en face de moi et sans aucun jugement.

Moi, c'est ça la communication, donc on interagit et on fait ce qu'on appelle la boucle de la communication.

Moi : Avec le feed-back...

Ide : Tout à fait

Moi : Quels sont les outils avec lesquels tu communique avec autrui ?

Ide : Je l'ai appris, mais bon ça maintenant je le fais, j'essaie de capter le canal, j'essaie d'être sur la même longueur d'onde avec mon patient avec ma personne, c'est-à-dire que je vais déterminer le canal de communication. Je peux voir s'il est plus visuel, auditif, visuel, kinesthésique et ça va me permettre de rentrer en communication plus facilement avec lui.

Si j'ai capté rapidement son canal je peux entrer en communication avec lui bah ouais J'ai le droit en fait on dit souvent que j'ai une voix douce une voix pas trop rapide et c'est important d'avoir cette voix et ce rythme de voix pas trop rapide parce que justement, c'est apaisant et puis dans mon attitude l'idée, c'est de ne pas prendre le pouvoir.

Donc c'est être de même hauteur, avoir de la compassion et je vais lui demander s'il m'autorise à m'asseoir à côté de lui pour être à la même hauteur ou moi je suis en position plus basse. Quand ils sont allongés ou parfois je me mets même assise avec une chaise à côté ou quand ils sont assis sur le fauteuil, je vais mettre un genou à terre donc c'est vrai il faut vraiment se mettre en position plus basse pour aussi leur montrer qu'ils ont le pouvoir et après vraiment Il faut être dans la bienveillance utiliser des outils de communication. Il faut réutiliser les mots des patients et c'est important de valider la communication avec le patient, il faut les écouter. C'est important et souvent il faut valider leur inconfort, ils ne sont pas forcément bien quand ils sont à l'hôpital.

Par exemple, je vois bien que vous avez peur, mais moi aussi à votre place, j'aurais peur et dès là, c'est que vous soyez plus serein et plus apaisé donc on va faire ce qu'il faut, des trucs comme ça... et donc c'est valider la douleur. Je vois bien que vous avez mal, j'entends bien et je le ressens bien. Maintenant je vais faire en sorte de vous rendre confortable et déjà on peut peut-être déjà vous aidez à vous positionner où je vais aller voir quel médicament vous avez eu. Ça va être plein de petites choses comme ça. Des mots positifs pour les rassurer

Moi : Le positif attire le positif. Et donc pour toi qu'est-ce que la communication, mais dans le soin ?

Ide : Je suis formée à la com thérapeutique, c'est-à-dire qu'elle va apporter un bien-être au patient ou même modifier une douleur par tous les outils dont je t'ai parlé tout à l'heure donc c'est vrai que c'est très important la communication dans le soin.

Communiquer dans sa communication est primordial. Ça, c'est de créer l'alliance thérapeutique. Il faut créer cette alliance du fait que le patient va adhérer aux soins, et sans cette relation de confiance pareille tu ne peux rien faire.

C'est la première chose à capter avec ton patient, c'est cette alliance thérapeutique, il faut avoir un objectif commun, c'est-à-dire qu'on va faire en sorte que vous n'ayez pas de douleur et que vous soyez confortables et c'est important puis voilà donner un objectif commun avec le patient qui va être acteur de son. C'est important aussi il va pouvoir faire des choix illusoire, peut-être qu'on peut faire la prise de sang du côté gauche, mais aussi du bras droit qu'en fait, c'est vous qui choisissez donc c'est lui qui va être acteur de son soin tu sais que tu vas faire ton soin de toute manière, mais c'est lui qui choisit, c'est vrai que cela les rend plus serein aussi dans le soin.

Moi : Donc plus confortable.

Ide : Ouais tout à fait.

Moi : Et donc du coup vient la question. Pour toi, quelle est la définition de la communication thérapeutique ?

Ide : La communication thérapeutique est thérapeutique dans le sens où elle va, elle va apporter quelque chose au patient tant au niveau de son confort, de sa douleur, son bien-être de toute façon l'idée c'est d'apporter du confort, du bien-être et de la sécurité, c'est les trois termes au moins que j'ai toujours appris.

C'est les trois termes souvent que j'utilise dans mon induction hypnotique pour que le patient soit confortable, qui ressent une sensation de bien-être total, qui soit totalement en sécurité, qui va faire va mieux vivre ce soir et donc la communication est thérapeutique dans ce sens elle va être thérapeutique dans le sens où de la façon que tu amènes ton médicament il y a des études qui ont été faites, tout dépend de l'attitude que tu as quand tu vas donner en paracétamol, si tu dis à ton patient de façon neutre, donc je vous donne ce médicament il va vous soulager, tu es plutôt voilà bienveillante, baisse douleur va sûrement diminuer et là tu lui dis de façon et ben moi ce médicament-là je peux vous dire que c'est un super médicament et il va vous soulager ultra rapidement. En fait, le fait d'utiliser un peu plus de puissance dans ce que l'on dit tu rentres dans le truc donc être très positif dans ce que tu dis, tu vas voir que la douleur du patient va considérablement baisser dès les 10 premières minutes. Moi, je fais souvent ça avec le doliprane et le néfopam, la synergie des médicaments donc je leur dis l'association de deux médicaments, mais c'est magique, moi je peux vous dire vous allez être soulagé très rapidement et ça marche super bien. Dis à mon patient qu'avec le doliprane bon, je ne suis pas sûr que ça agit donc franchement je suis convaincu, mais bon je vous donne, mais sans conviction, bah ton patient va rester toujours douloureux donc tu vois, tu as une étude qui a été faite avec du rémifentanil qui est un puissant anesthésiant et en fait elle vient de montrer qu'en fonction de ton attitude la douleur peut être bien diminué ou qui reste totalement dans sa douleur alors que c'était le même anesthésiant. Donc c'est vrai que c'est très intéressant donc moi maintenant je vends des médicaments.

Moi : Donc en fait on joue vachement sur l'inconscient de la personne Tu parles de médicaments etc En fait, c'est l'inconscient qui a entre guillemets parle au patient.

Ide : Mais les patients pareils ils ont des croyances Si vous me dire bah voilà moi je vais vu Je vous amène du doliprane et tu lui amènes les gélules et là il te dit bah non, c'est pas ça qui me soulage, c'est l'effervescence. Toi, tu dis moi j'ai tout ça donc je lui donne et finalement il arrive toujours dans la même douleur 6 h après. Tu as réussi à trouver un effalgan effervescent et là le patient, il va vite être soulagé, parce que c'est ses croyances et nos patients ont des croyances tellement fortes là donc tu peux toujours leur donner quelque chose et bah ça ne marchera pas.

Et comme les patients qui disent qu'ils dorment très bien avec du doliprane, prennent le doliprane pour des somnifères tu vois, c'est une croyance.

Moi : C'est compliqué quand même selon les croyances rien me va. Et que rien ne le soulage, c'est compliqué.

Ide : Essayer de les comprendre, c'est pour ça qu'il est important de les observer et de les écouter. Tu t'en aperçois, tu apprends cette croyance-là et là petit à petit avec des mots En Fait avec ce médicament-là, c'est même molécule, mais après voilà toute la communication

Moi : Quels outils utilises-tu dans ta communication thérapeutique ?

Ide : Alors tout d'abord, j'utilise des mots doux et une voix basse afin de ne pas brusquer le patient. J'utilise aussi l'hypnose. En consultation, je peux utiliser l'aromathérapie, mais je n'ai pas de diplôme. Mais le but, c'est soit utiliser l'humour, la musique et une communication positive et valorisante pour le patient.

Moi : C'est ça, du coup après comment la communication thérapeutique t'as aidé à changer ta prise en soin et le regard que tu portes sur la douleur ?

Ide : Moi quand j'ai été former à la communication thérapeutique, ça a été une révélation pour moi parce que je fais ce métier-là pour la communication dès le départ et en fait tu vois on s'aperçoit qu'avec des mots on continue à faire mal aux gens alors que tu vois elle est soulagée, mais quand tu te dis bah ouais je vais vous vous piquer bah ouais final j'amène une douleur. Vous avez pas mal ? Donc le patient va écouter la négation comme j'ai mal. Et tu vois je me suis aperçu qu'avec mes mots je pouvais induire une douleur, moi ça m'a radicalement changé donc tu vois je te dis que ça m'a fait une révélation pour moi en ces termes après voilà. Quelle est ta question ??

Moi : Comment la communication thérapeutique t'a aidée à changer ta prise en soin et le regard que tu portes sur la douleur ?

Ide : Par ces deux termes par l'observation et l'écoute et c'est vrai que parfois finalement tu te rends compte qu'on fait tous bien au travail. On peut mieux faire et tu vois je me suis rendue compte que je pouvais encore mieux faire et que par mes positions et puis finalement tu te rends compte que prendre enfin même au niveau ergonomique, tu as vite faire les choses tu vas vite faire ta prise de sang finalement tu te casses le dos parce que tu ne prends pas un siège et tu ne te mets pas à la hauteur du patient. Tu te penches et te fais très mal au dos, c'est vrai que parfois tu veux faire vite les choses finalement, si finalement tu t'autorises à prendre le temps qu'il faut pour te mettre en position avec ton patient prendre ce temps-là avec lui pour qu'il ne se sent pas cette ouais il faut que je fasse vite et bien. Et ben ton patient va être beaucoup plus détendu, il y a des études qui ont démontré qu'un médecin qui va voir son patient normalement il reste trois minutes, il reste trois minutes dans la chambre. Sur un des cas, il va rester debout avec son patient et discuter avec lui et dans l'autre cas, il s'assoit à côté de son patient et discute avec lui. Et ben le patient dans ces représentations il va avoir l'impression que le médecin il était assis à côté de lui il est resté beaucoup plus de trois minutes. Tu vois et donc c'est ça le truc donc finalement tu peux perdre du temps dans tes soins pour utiliser la communication thérapeutique et justement on gagne du temps et je me suis rendu compte dans les soins surtout des soins de pansements et autres, je m'aperçois que mon patient, le soin ne s'arrête pas parce qu'il faut que je remette de la xylocaïne, ou je vais chercher le MEOPA, en fait le soin se déroule tranquillement parce que tu es vraiment en symbiose avec ton patient quoi.

Tu as établi ce lien-là qui fait que tout se passe tranquillement donc c'est vrai ça a changé franchement, ça a été la révélation et dans le sens ou aussi pendant un moment parce que dans le service dans lequel je travaille, c'est un service où la charge de travail est énorme et un moment donné quand tu fais les soins à la chaîne, tu ne prends plus le temps de rester avec ton patient pour discuter. Je n'ai pas le temps. On ne dit pas, mais intérieurement tu, te dis-je, n'ai pas parce que j'ai ça à faire avant la fin. Ça me stresse plus et toi tu n'es pas bien dans ton travail et moi j'ai vraiment l'impression de perdre mes valeurs soignantes. Tu vois finalement la comme thérapeutique et l'hypnose m'ont redonné ses valeurs et maintenant je suis totalement comblée satisfaite de mon travail actuellement ça, c'est clair.

Moi : Bon ça, c'est super, c'est vrai que si on a une autre manière de travailler, la communication thérapeutique est souvent utilisée pour soulager la douleur enfin, c'est de plus en plus démocratisée. Connais-tu d'autres techniques non thérapeutiques autre que la communication thérapeutique du coup ?

Ide : Ouais bon moi après je suis formé à l'hypnose et à côté, tu as la musique par exemple on utilise beaucoup la musique dans le service. L'aromathérapie qui peut aussi aider il existe une huile essentielle spéciale pour la douleur après je ne sais plus lesquels. Mais vraiment tu as des huiles pour la relaxation, pour la douleur.

La musique, c'est vrai que ça marche super bien après tu as, tu as l'humour, tu vois dans le service on utilise beaucoup l'humour. J'ai des collègues très fort pour ça et voilà donc c'est vrai que tu as d'autres techniques, mais après voilà tu as des techniques comme le toucher-massage j'ai un collègue qui l'utilise en chir cardiaque qui l'utilise tu as, tu as peut-être d'autres techniques de sophrologie, mais bon il faut des petites formations. Et l'hypnose après, c'est bon, c'est vrai que voilà il y a quand même pas mal de choses que l'on peut utiliser pour gérer la douleur tel que le détournement de l'attention, ou tu vois je te dis la respiration, ça, c'est un petit peu comme thérapeutique.

Moi : Pour l'instant les plus démocratisés d'entre eux, c'est la communication thérapeutique et l'hypnose.

Ide : Ouais après tu vois, c'est vrai que ça se développe, tu vois beaucoup de personnes qui se forment, tous les soignants font des choses très bien dans les services, c'est vrai que tu vois de l'humour, de la musique. Il y a plein de choses utilisées chez les personnes et qui sont très bien.

Moi : Après, c'est à nous d'utiliser la communication qui nous convient le mieux et du coup la dernière question. Penses-tu qu'à terme la communication thérapeutique peut-être un outil utilisé par tous les soignants et de meilleure efficacité sur les patients ?

Ide : Alors tout à fait moi je pense que la communication thérapeutique on devrait l'apprendre dès l'école en fait pour parler le même langage. Je dois prévenir, détailler le soin à ton patient peut mettre du stress par exemple au lieu de dire je vais piquer, le patient il a peut-être envie d'entendre autre chose après il veut qu'on qu'on prévienne bah voilà moi je réalise mon soin tout simplement et voilà, c'est vraiment des techniques tu vois vous n'avez pas mal d'avoir là tu vois on peut, on peut dire autre chose. Il y a plein de petites choses dans son langage, on peut changer plein de petites choses.

On peut apprendre dès l'école un langage, des habitudes de langage dès le départ parce que quand tu es formé, mais moi j'ai eu du mal au départ et c'est totalement normal, mon apprentissage d'avoir une manière différente de parler et ça tu fais ça petit à petit comme on dit faut laisser le thé s'infuser voilà, c'est vrai qu'il faut qu'on infuse encore tant au niveau de ton corps. Et ouais je pense enfin j'espère qu'un jour, il y aura des équipes. C'est pas mal comme thérapeutique pour justement avoir le même langage auprès de patients qu'il change leurs habitudes de faire les choses au bloc moi par exemple maintenant les patients ils sont autonomes ils vont en fauteuil au bloc puis à pied jusqu'à l'intervention. C'est complètement différent niveau vision, tu prends une habitude qui changera petit à petit. Je pense qu'ouais moi je crois, j'espère en tout cas il y a une belle dynamique autour la communication thérapeutique et de l'hypnose, je pense que tu vois là les services d'urgence se sont formés à la communication thérapeutique. Il y a plein de choses qui se font en fait, il y a tellement d'études qui ont démontré les bienfaits qu'il ne faut pas s'en priver, c'est clair.

Moi : C'est pour ça que moi ça m'intéresse aussi parce qu'ici au fur et à mesure peut-être que même si en soit les collègues ne sont pas formés. S'ils l'entendent parler ils vont peut-être se rendre compte "des fautes" qu'ils font et des termes qui pourraient être améliorés.

Ide : Tu sais dans un service, il y a des oreilles qui traînent partout donc comprendre les habitudes depuis plusieurs années et certaines sont formées aussi.

Moi : Et du coup voilà, c'était la dernière question.

Ide : Super merci et en plus on a tenu 30 minutes. Super Laureline.

Moi : En tout cas merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de m'avoir écouté, ça me fait extrêmement plaisir.

Ide : Pas de soucis. Au revoir.

Moi : Au revoir.

Annexe V : Retranscription d'entretien n°2

Moi : Quel est votre parcours professionnel ? Et dans quel service travaillez-vous actuellement ?

Ide : D'accord, alors moi du coup, je suis infirmière depuis 97, mon parcours, on va dire que les 5 premières années, j'ai vadrouillé entre de la chirurgie, de la médecine, de la dialyse, voila, ensuite je me suis fixé pendant 7 à 8 ans en hématologie et depuis 11 ans, je suis sur une unité mobile de douleur et en consultation douleur chronique. Le fait d'être sur l'unité douleur mobile et douleur chronique, j'ai dû me former sur plusieurs choses pour pouvoir avoir l'expertise en douleur, donc j'ai commencé un DU et puis après je me suis formée à plusieurs outils en faite pour essayer de soulager les patients et dans l'objectif moi toujours, c'était le soin douloureux en faite, mon dada à toujours été ensuite le soin douloureux et donc je me suis formée à diverses techniques comme la communication thérapeutique, l'hypnose et puis ça, c'est principalement pour le soin douloureux et j'ai en plus l'aromathérapie pour la consultation douleur chronique et j'ai un master 2 de science clinique infirmière. Depuis que j'ai le master 2, je suis aussi directrice de mémoire et donc j'étais déjà co-jury depuis longtemps, notamment sur tout ce qui était douleur et là maintenant je suis directrice de mémoire pour des étudiants en IFSI dans la région où je travaille. Je trouve ça intéressant de participer à vos entretiens mémoire.

Moi : Avez-vous des formations spécifiques ou des diplômes universitaires ?? Mais ça vous en avez déjà parlé donc on peut passer directement par la suite.

Ide : Tout à fait d'accord

Moi : Quelle était votre définition du soin ? Tout d'abord, tout simplement.

Ide : Bah le soin donc c'est, c'est je dirais, entrer en relation avec l'autre et lui apporter une réponse à ses besoins. Le soin ça peut être quelque chose de matérialisé par un acte technique ou une relation de soin en fait.

Moi : D'accord et du coup pour vous, c'est quoi les soins infirmiers ?

Ide : Les soins infirmiers, c'est beaucoup de choses en fait finalement parce que c'est tout ce que l'infirmière met en œuvre pour apporter les besoins nécessaires au patient, donc, ça peut être effectivement du relationnel, ça peut être de l'éducatif, ça peut être du soin technique, ça peut être un accompagnement X ou Y, enfin, c'est vraiment, l'infirmière, elle a plusieurs rôles on va dire. Pour moi, le soin infirmier, c'est la globalité de tout ce qu'on peut apporter au patient.

Moi : D'accord, ok. Du coup en découle ma question pour vous quel est le rôle propre de l'infirmier ?

Ide : Le rôle propre, c'est pareil, donc il va être détaillé en plusieurs, puisqu'on va avoir un rôle sur prescription et un rôle dit propre que de l'infirmière, pour moi le rôle propre, c'est vraiment garder sa posture infirmier et pouvoir apporter une réponse au patient sans forcément avoir un besoin de médical derrière. Pour moi le rôle propre, c'est pouvoir m'occuper de mon patient du mieux que je peux, en intégralité sans avoir forcément un besoin médical.

Moi, par exemple je mène des consultations infirmière dans mon rôle propre, j'entreprends des soins non médicamenteux à mes patients pour les soulager, et ça fait partie de mon rôle propre, c'est-à-dire que le médecin ne rentre en aucune façon dans cette chose-là en fait, il est au courant de ce que je fais il n'a pas forcément besoin de me prescrire ou de l'autoriser, c'est entre mon patient et

moi. Mon patient qui m'autorise à faire des soins non médicamenteux, mais voilà et donc là je suis dans mon rôle propre, c'est-à-dire que je ne dépasse pas mes compétences infirmières et je reste dans ce que je sais faire, et ce, pour quoi j'ai été formé.

Moi : D'accord, et est ce que du coup pour vous le rôle propre, c'est quelque chose au fur à mesure des années d'expériences, c'est des choses qui vous viennent instinctivement à l'esprit ou non, c'est des choses qui sont pas, qui ne viennent pas "naturellement" ?

Ide : En fait ce qu'on a à l'école on nous apprend des bases de prise en charge, des bases de comment rencontrer l'autre, comment prendre soin de l'autre après effectivement l'expérience fait qu'on va augmenter, comment je pourrais dire, on va augmenter notre savoir-faire et modifier et améliorer nos compétences et puis je crois aussi que du coup si on veut vraiment rester dans notre dans, notre rôle propre infirmier je pense que c'est important d'aller continuer à se former pour pouvoir encore plus développer des capacités pour pouvoir être, on va dire autonome et que tu n'es besoin de quelqu'un derrière en fait. Donc on a une base et puis après je pense que l'expérience, il faut aussi de l'expérience.

Moi : C'est un apprentissage continu ensuite jusqu'à la fin de la carrière.

Ide : Complètement.

Moi : Quel est selon vous la définition de la douleur ?

Ide : La douleur alors je ne vais pas vous donner la définition de l'OMS que je connais par cœur.

Moi : Ah, je la connais aussi.

Ide : En l'occurrence ce qui est intéressant dans la définition de l'OMS c'est le côté, c'est une sensation désagréable qu'on ressent dans le corps et c'est surtout le côté, ce qui m'intéresse, c'est-à-dire que ce soit réel ou potentiel. Quel que soit le ressenti du patient quel que soit son état physiologique, il est, il est en droit de ressentir une douleur dans son corps même si la radio montre qu'il n'y a rien en fait, ça c'est important parce que finalement il y a beaucoup trop de jugements autour de la douleur et à partir du moment où les examens remontent négatifs et ben on dit que c'est dans la tête du patient. Moi, c'est très compliqué ce qui me perturbe le plus donc voilà la définition de la douleur, c'est toute sensation désagréable dans le corps pour le patient quel que soit, qu'il le décrit lui-même en fait, c'est pas moi qui vais mettre une douleur sur son corps, c'est pas moi qui l'ai imaginé savoir s'il a mal ou pas mal, la douleur, c'est propre à chacun et donc c'est lui qui me dira voilà et effectivement en règle générale pour qu'on y mette quelque chose de douleur, c'est vraiment quelque chose de désagréable, inconfortable.

Moi : D'accord, donc pour vous il faut toujours croire son patient quand il nous parle de douleur et savoir accepter la douleur d'autrui pour pouvoir après la prendre en charge ?

Ide : Il faut toujours, toujours croire le patient. À partir du moment où on se met à ne plus le croire ou à douter, on perd cette relation de confiance.

Moi : Tout à fait. Ok. Et du coup est-ce que vous pouvez me dire ce que vous pensez quand je vous parle des douleurs induites par les soins ?

Ide : La douleur induite, en fait, c'est une douleur qui de base qu'on peut éviter forcément et elle est induite par tout le côté médical et paramédical.

Une douleur induite, c'est à la fois une douleur qu'on va provoquer en faisant un geste technique, c'est une douleur qui peut être provoquée par un traitement, par une thérapeutique, soit un médicament, soit de la radiothérapie, soit de la chirurgie, soit voilà

Donc une douleur induite, c'est quelque chose qui de base n'existe pas et qui est provoqué par on va dire tout le côté de médical, que ce soit le médecin, l'infirmière dans le soin enfin voilà, voilà, tout acte qui est douloureux pour le patient et en l'occurrence qui est fait par nos soins, par nous.

Donc par exemple ça peut être une toilette, un geste invasif en fait.

Moi : C'est, c'est que j'allais vous demander du coup si jamais, alors certes, c'est du côté aide-soignant, mais les infirmières font aussi des toilettes, mais est-ce que c'est même pendant des mobilisations, pour vous est-ce que ce sont quand même des douleurs induites ?

Ide : Tout est une douleur. Par exemple ça peut être une mobilisation, mais ça peut être ça, juste peut être la prise d'une tension si on veut, on gonfle le brassard hyper fort, on peut faire mal, quand on met un garrot on fait mal, alors que pourtant on n'a pas encore piqué, mais malgré tout on fait mal. Voilà on bouge le patient dans le lit pour juste changer ses draps donc on fait mal, donc tout ça, c'est une douleur induite en fait. En fait pour moi le côté induit ça veut dire que c'est quelque chose ou si on n'avait pas participé ça, il n'y aura pas de douleur, voilà, c'est forcément, c'est quelque chose que du coup nous on amène, soit par un acte, soit par un mouvement, soit par n'importe quoi.

Moi : Pouvez-vous du coup me dire quelle étiologie de la douleur rencontrez-vous le plus souvent dans le service ?

Ide : Alors en fait il y a deux choses parce que moi comme je suis sur une double équipe, c'est-à-dire que je suis à la fois sur une unité mobile donc en service et plus consultation une consultation de douleur chronique, donc forcément en consultation ça va être principalement de la douleur chronique donc, ça va être des problèmes de rachis lombaire, de maladie rhumatismale, ça va être des maladies neurologiques importantes avec des dégénération, ça va être des choses un peu comme ça et puis en service ça va être plus tôt de la douleur aiguë et principalement soit post chirurgie, soit post examen divers et variés, mais surtout de la douleur aiguë, parce que moi je fais beaucoup de prise en charge de soins douloureux donc pansement et réfection de pansement, toilette, accompagner un patient dans un examen de radiologie qui peut-être douloureux enfin voilà. Donc j'ai deux étiquettes, c'est vraiment la douleur aiguë d'un côté et la douleur chronique, donc les étiologies sont forcément différentes.

Moi : Mais du coup sur la douleur chronique que vous prenez en charge, est-ce que vous avez des pathologies qui reviennent régulièrement ou non, c'est vraiment divers et variés au niveau des pathologies ?

Ide : Non il y en a qui reviennent régulièrement comme la lombalgie chronique, ça ça revient beaucoup, la fibromyalgie ça revient beaucoup, beaucoup un petit peu de sclérose en plaques, mais on n'en a pas trop, un peu de SED je ne sais pas si vous connaissez le syndrome d'Ehler Danlos, une maladie neurologique très invalidante. Et puis on a toutes les maladies dites rhumatismales.

Moi : Ok du coup, j'allais vous demander à quel type de douleur vous êtes confrontée, mais du coup on en a parlé du coup donc on va passer à un autre temps. Lorsque vous êtes à côté de votre patient, comment se manifeste la douleur du patient la plupart du temps ?

Ide : Déjà de toute façon quand je vais être à côté de lui, c'est moi je vais le questionner, poser des questions sur comment il se sent dans son corps. Soit, il va l'exprimer clairement, parce qu'il est en capacité de le faire, parce que je fais des entretiens un petit peu long pour pouvoir évaluer la douleur parce que je ne lui demande pas juste un chiffre. S'il est en capacité de l'exprimer, il va l'exprimer, il va détailler un petit peu son ressenti. L'expression orale va me guider, mais s'il n'est pas en capacité de répondre à tout ça je vais observer et donc là on va observer tout ce qui est au niveau des mimiques du visage, des traits du visage, ça peut être des gémissements ou voilà ça peut être une position dans le lit qui va me dire voilà il est douloureux ou un retrait d'une zone qui est douloureuse. Après voilà ça va être vraiment de l'observation.

Moi : Et utilisez-vous des moyens de non thérapeutique pour soulager la douleur ?

Ide : Oui pleins, j'utilise le toucher-massage. C'est possible que quelquefois, c'est compliqué de toucher, car les gens ont soit du mal, soit sont trop douloureux pour les toucher. Quand ils sont très douloureux sur une certaine zone je peux toucher une autre zone pour accompagner un bien-être parce que le cerveau, c'est intéressant, car il se focalise sur le côté agréable, du coup si je masse sur une autre zone et que j'apporte du confort, le patient va retenir que le confort donc la douleur va diminuer.

J'utilise aussi la distraction, donc j'utilise aussi beaucoup la musique, la lecture etc J'utilise l'hypnose quand je dois faire un soin très long et douloureux, Du coup, je fais une transe hypnotique. J'utilise l'aromathérapie aussi principalement pour détendre et lâcher prise un petit peu et l'utilisation la communication thérapeutique, mais c'est la prémisse de l'hypnose.

Moi : Pour une seule personne je trouve que vous avez beaucoup d'outils en fait qui vous permettent de gérer est-ce que c'est selon le patient et selon la situation, c'est vous qui vous dites, ce moyen thérapeutique va mieux marcher sur ce patient ou la pathologie, etc... Ou utilisez-vous la même technique parce qu'elle va avoir de "meilleurs résultats" selon le moyen thérapeutique ?

Ide : Alors non, Je questionne beaucoup mon patient qui va me guider donc effectivement en fonction de ce qui va nous dire je vais en avoir une ou deux en tête je vais lui proposer c'est lui qui va décider la méthode qu'il préfère. C'est toujours le patient qui a le dernier mot, je ne lui impose jamais rien, je lui propose. Voilà je lui propose ce qu'il préfère et du coup, il me dit oui ou non mais oui j'utilise aussi de notre méthode, c'est la neurostimulation.

Moi : C'est quoi la neurostimulation ?

Ide : Ce sont des électrodes que je place sur les zones douloureuses pour endormir la douleur, mais je peux aussi être amené à proposer deux techniques différentes. Par exemple je peux mettre de la neurostimulation avec de la musique, je peux mettre de l'aromathérapie avec de la musique, Tu peux mettre de la neurostimulation avec du chaud, mais dans tous les cas, c'est toujours le patient qui décide donc s'il ne veut pas je laisse tomber je ne me force pas.

Moi : Ça va lui permettre aussi d'être acteur de son soin, de son hospitalisation. Et du coup il doit y avoir une favorisation de l'alliance thérapeutique de la relation soignant-soigné du fait qu'il soit acteur de son hospitalisation.

Ide : Complètement, mais alors déjà la relation de confiance se joue à partir du moment où on va le croire. À partir du moment où il va dire qu'il est inconfortable et douloureux, moi j'arrive je lui dis écoutez, je comprends tout à fait votre douleur, j'entends votre inconfort voilà ce que je peux vous proposer. C'est sur le lien va être créé, car on l'a entendu, on l'a cru et on lui propose des choses donc le lien va être créé et en plus si ça marche tout est parfait.

Moi : Pour vous, quelle est la définition de la communication ?

Ide : La communication, c'est la possibilité de partager un message entre deux personnes, c'est-à-dire avec un va-et-vient c'est-à-dire que pour avoir une communication il faut à la fois pouvoir transmettre un message, mais faut aussi savoir le recevoir, mais aussi avoir un retour pour savoir si la personne a compris l'intention de notre message et si elle a tout compris.

Moi : Et du coup quels sont les outils que vous utilisez afin de communiquer avec autrui ?

Ide : En fait les formations que j'ai suivies donc ça peut être à la fois la communication non violente, ça peut être la communication thérapeutique, ça peut être la PNL, ça peut être la relation d'aide enfin j'ai plein de formation diverse et variées pour avoir pleins d'outils dans tous les moyens de communication en fait. L'analyse amène aussi des outils.

Moi : Du coup j'ai deux questions parce que vous m'avez parlé de la communication non violente donc j'aimerais avoir un peu plus de précision dessus et vous m'avez parlé aussi de la PNL donc qu'est-ce que la PNL ?

Ide : Alors la communication non violente en fait, c'est une communication qui part de nous, c'est pour éviter de l'agressivité, c'est pour ça qu'on dit non violente pour éviter l'agressivité entre deux personnes dans un contexte de communication on va vraiment exprimer notre propre besoin et notre propre ressenti à la première personne, c'est vraiment le "JE" qui prime et du coup ça permet tu relâches la pression à l'autre et ça permet dans la communication non violente de gérer la gestion de l'agressivité de l'autre donc en fait, c'est vraiment pour baisser l'agressivité de la personne qui communique avec nous, c'est pour éviter le trop-plein l'autocenseur qui va exploser.

Et la PNL c'est la programmation neurolinguistique. C'est plein d'outils qui vont nous permettre de rentrer en relation avec l'autre, c'est-à-dire qu'on va essayer de mieux cerner la personne que l'on a en face de nous pour pouvoir entrer en relation enfin faire passer le message que l'on a à passer. Il va falloir réussir à analyser l'autre en très peu de temps analyser et l'autre pour pouvoir transmettre le message et pour voir si le message qui a été transmis a bien été réceptionné et bien compris. Je vous donne un exemple, car c'est vrai que c'est pas, c'est pas facile de bien comprendre il faudrait que vous fassiez des recherches sur la PNL mais par exemple avec la communication thérapeutique on va prendre un exemple là qu'il y a un cas grave, mais lorsque le médecin annonce un très mauvais diagnostic. On dit souvent que le patient écoute que la moitié du temps de parole, une partie des infos, car il est sidéré de la nouvelle, par exemple si on lui dit qu'il a un cancer forcément il va rester bouchée. En fait, pour pouvoir faire passer tout le message qu'on a besoin de faire passer au patient, il va falloir utiliser tous les moyens de communication. Par exemple, on peut avoir une personne qui peut être visuel, auditif, kinesthésique, il va peut-être du coup avoir un canal de communication différent du nôtre, mais ça va être à nous de s'adapter à lui. Donc pour bien faire si on n'a pas le temps d'analyser la personne pour communiquer on va à la fois parler donc utiliser le canal auditif et en même temps montrer où dessiner pour capter aussi le canal visuel.

Toutes les formations et les outils que j'ai ce sont des outils en fait qui vont me permettre de mieux communiquer avec la personne et avoir une meilleure communication avec autrui et donc une meilleure réception du message que je veux transmettre. Pas d'interprétations.

Moi : Ok et pour vous, qu'est-ce que la communication dans le soin ?

Ide : C'est primordial en fait il n'y a pas de soin sans communication et pas de communication sans soin enfin s'il peut y avoir de communication sans soins, mais en fait pour une infirmière, mais l'un ne va pas sans l'autre et surtout sans communication, je ne peux rien faire. J'ai besoin de rentrer en relation avec mon patient avant toute chose. Je crois que si on veut faire passer des messages, si on veut entreprendre des thérapeutiques, si on veut soigner une plaie, la première chose, c'est de savoir communiquer avec la personne, voir ce qu'on peut lui apporter, quels sont ses besoins. On est enfin, malheureusement il y a encore des patients qui sont considérés comme des objets dans un lit sans qu'on y prête beaucoup d'attention du coup le soin bah pour moi il n'est pas du tout éthique. Je n'imagine pas mon boulot sans communication et c'est pour ça aussi que j'ai été me former à tout ça pour que la communication soit le plus adapté auprès de mon patient. Le relationnel, c'est primordial.

Moi : C'est aussi un peu la base de notre métier : on fait quand même un métier où on sait qu'on veut aider notre prochain, autrui, c'est un métier où on aime le contact avec les personnes, on aime communiquer avec les autres. C'est compliqué s'il n'y a pas de communication Quel est votre définition de la communication thérapeutique ?

Ide : Alors la communication thérapeutique, c'est utiliser les bons mots pour moi, apporter du confort rien qu'en paroles donc éliminer tous les mots qui piquent, tous les mots qui font mal et utiliser rien qu'avec des mots doux apporter une espèce de confort et de la détente et du bien-être rien qu'en parlant en fait.

Moi : D'accord ok et du coup quels sont les outils que vous utilisez dans votre communication thérapeutique ?

Ide : J'utilise que des mots de confort, de douceur, de bien-être, de détente, des mots doux, donc ouais ce que j'utilise, j'utilise du positif principalement j'enlève dans ma communication les "Ne pas", le cerveau n'enregistre pas les ne pas et j'essaye d'être un maximum positive et affirmative et non négative. C'est vraiment une histoire de mots et d'intention Par exemple moi dans la douleur la première fois que je vais le voir, je vais lui demander de côté, d'exprimer sa douleur ou est-ce qu'il a mal, et quand je sais où il a mal il sait que je l'ai entendu et que j'ai compris sa douleur après je ne parle plus en douleur je parle en échelle de confort.

Moi : Comment la communication thérapeutique a-t-elle changé votre prise en soin et le regard que vous portez sur la douleur ?

Ide : Alors, ça m'a permis d'adoucir les choses vraiment, adoucir les choses, adoucir les maux Ça permet de mieux me sentir dans mon corps, dans mon esprit, dans mes baskets donc ça va permettre à mon patient d'être détendue malgré sa douleur parce que j'arrive rien qu'avec des mots à l'apaiser. Bien sûr, je vais mettre en place des moyens thérapeutiques qu'elle soit médicamenteuse ou pas, mais déjà ça nous permet déjà de poser les choses.

Et que ça nous permet d'avoir un calme, que ça nous permet d'être un peu plus posé, donc ça a porté ceci aux patients et moi ça m'a permis d'améliorer ma pratique et d'être plus apaisé.

Moi : La communication thérapeutique est souvent utilisée pour soulager la douleur et connaissez-vous d'autres moyens non-thérapeutiques, mais ça vous a déjà répondu à tout ça avant, donc je peux passer directement à la dernière question.

Ide : Oui tout à fait.

Moi : Alors du coup la dernière question, Pensez-vous qu'à terme la communication thérapeutique peut-être un outil utilisé par tous les soignants et de meilleure efficacité sur les patients ?

Ide : Alors oui très clairement tous les soignants peuvent l'utiliser, car connaître la communication thérapeutique, c'est juste un jeu de mots donc ça peut être utilisé par tout le monde, mais effectivement il faut avoir des notions, il faut exercer, mais tout le monde peut accéder à la communication thérapeutique. Il faut vraiment apprendre à comment parler, supprimer la négation, les mots qui peuvent ne pas favoriser la communication, en fait c'est vraiment une éducation du langage. Donc c'est un entraînement qui ne se fait pas du jour au lendemain et il faut avoir la formation le plus tôt possible, limite dès l'école pour qu'ensuite les équipes parlent tous de la même façon et avoir une très bonne communication avec leurs patients et que tout soit inconscient.

Moi : Et du coup voilà, c'était la dernière question.

Ide : Super merci, j'espère que tout se passera bien.

Moi : En tout cas merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de m'avoir écouté, ça me fait extrêmement plaisir.

Ide : Pas de soucis. Au revoir.

Moi : Au revoir.

Annexe VI : Tableaux d'analyse descriptive des entretiens

Objectif N°1 : Quelle est la définition du soin selon le soignant ?

Objectifs N°2 : Demander au soignant comment il imagine et interprète les soins infirmiers et quels sont les termes ?

Thème : Soin	Définition du soin	Définition des soins infirmiers	Définition du rôle propre infirmier
Ide en chirurgie	<p>“Appliquer les prescriptions”</p> <p>“ Prendre soin”</p> <p>“Soin relationnel”</p> <p>“C'est la façon dont tu vas faire ton soin, comment tu vas amener ton soin”</p> <p>“Adhésions aux soins”</p>	<p>“Application d’une prescription”.</p> <p>“Des soins l’on trace, ça va être une injection, un pansement, des médicaments que l’on donne”</p> <p>“Soins relationnels qui sont hyper important “</p> <p>”Soins multidimensionnels”</p>	<p>“Soins techniques, mais il y a tout ce qui est administratif”</p> <p>“On a un rôle de regarder, préparer, d'expliquer au patient.”</p> <p>“Expliquer”</p> <p>“Présenter des dessins pour expliquer justement ce que l'on va faire pendant la chirurgie</p> <p>“Rôle de pédagogie”</p> <p>“Rôle de réassurance, c'est important aussi pour qu'il puisse mieux vivre son hospitalisation”</p>
Ide en unité mobile de la douleur	<p>“Entrer en relation avec l'autre”</p> <p>“Apporter une réponse en fonction de ses besoins”</p> <p>“Le soin ça peut être quelque chose de matérialisé par un acte technique”</p> <p>“Entrer en relation avec l'autre”</p> <p>“Apporter une réponse en fonction de ses besoins”</p> <p>“Le soin ça peut être quelque chose de matérialisé par un acte technique ou une relation de soin “</p>	<p>“Tout ce que l’infirmière met en œuvre pour apporter les besoins nécessaires au patient”</p> <p>“Relationnel”</p> <p>“Éducatif”</p> <p>“Technique”</p> <p>“Accompagnement” X ou Y”</p> <p>“Plusieurs rôles”</p> <p>“Pour moi vraiment l’infirmière, c’est la globalité de tout ce qu'on peut apporter au patient”</p>	<p>“Garder sa posture infirmier et pouvoir apporter une réponse au patient sans forcément avoir un besoin de médical derrière”</p> <p>“Pouvoir m'occuper de mon patient du mieux que je peux, en intégralité sans avoir forcément un besoin médical”</p> <p>“Je ne dépasse pas mes compétences infirmières et je reste dans ce que je sais faire et ce pourquoi j’ai été formé”</p>

			<p>“L'expérience fait qu'on va augmenter, comment je pourrais dire, on va augmenter notre savoir-faire et modifier et améliorer nos compétences”</p> <p>“Continuer à se former pour pouvoir encore plus développer des capacités pour pouvoir être, on va dire autonome”</p>
--	--	--	--

Objectif N°3 : Connaître la propre définition de la douleur selon le soignant

Objectif N°4 : Déterminer quelle origine de la douleur prédomine dans les services. Cela amène-t-il à une prise en charge et une compréhension différente de la douleur ?

Objectif N°5 : Comment le soignant détecte-t-il la douleur chez un patient ?

Thème : Douleur	Définition de la douleur	Douleur induite par les soins	Étiologie de la douleur
Ide en chirurgie	<p>“Multidimensionnelle”</p> <p>“Impact autant dans la vie du patient, son entourage, sur sa profession, au niveau social”</p> <p>“L'anxiété peut majorer les douleurs”</p> <p>“Toujours croire le patient qui dit qu'il a mal.”</p> <p>“Jamais minimiser la douleur d'un patient. On a tous notre vécu”</p> <p>“Pour la même douleur un patient va ressentir différemment, justement avec cette douleur parce</p>	<p>“Ça peut être une prise de sang, perfusion, détersion de plaie. C'est une douleur qui va arriver parce que nous, on fait quelque chose aux patients”</p> <p>“Soin qui potentiellement va induire une douleur chez le patient que ce soit nous, les médecins... ”</p> <p>“Mobilisation”</p> <p>“Tu peux tout à fait éviter une douleur induite aux patients”</p>	<p>“Douleur postopératoire liée au geste donc ça peut être une incision, un scarpa, c'est le pli de l'aine ou la cuisse, donc c'est vraiment des cicatrices”</p> <p>“Douleur liée aux amputations, orteils, jambes ou cuisses”</p> <p>“Douleurs qui se situent avant chirurgie, nous ça va être des douleurs d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs “</p> <p>“Douleurs aiguës qui se chronicisent quand elles sont au-delà de 3 à 6 mois avec des douleurs</p>

	que tout à un lien avec son vécu, sa personnalité, son état psychique”	<p>“Une douleur qui peut être sourde ou alors bien présente”</p> <p>“Douleur chronophage”</p>	<p>neuropathiques souvent assemblées avec des douleurs suite à une lésion de nerf. Les nerfs sont atteints donc ce sont des douleurs neuropathiques aussi”</p> <p>“Douleurs induites par les soins”</p>
Ide en unité mobile de douleur	<p>“C'est une sensation désagréable qu'on ressent dans le corps et c'est surtout le côté soit réel ou potentiel”</p> <p>“Ressenti”</p> <p>“Quel que soit son état physiologique, il est, il est en droit de ressentir une douleur dans son corps”</p> <p>“Jugements”</p> <p>“Sensation désagréable dans le corps pour le patient quel qu'il soit, qu'il le décrit lui-même”</p> <p>“La douleur, c'est propre à chacun”</p> <p>“Désagréable, inconfortable”</p> <p>“ Il faut toujours, toujours croire le patient. À partir du moment où on se met à ne plus le croire ou à douter, on perd cette relation de confiance.”</p>	<p>“Douleur qui de base qu'on peut éviter forcément et elle est induite par tout le côté médical et paramédical”</p> <p>“Douleur qu'on va provoquer en faisant un geste technique”</p> <p>“Douleur qui peut être provoquée par un traitement, par une thérapeutique, soit un médicament, soit de la radiothérapie, soit de la chirurgie”</p> <p>“De base n'existe pas et qui est provoqué par on va dire tout le côté de médical, que ce soit le médecin, l'infirmière dans le soin”</p> <p>“Tout acte qui est douloureux pour le patient et en l'occurrence qui est fait par nos soins, par nous”</p> <p>“Toilette”</p> <p>“Geste invasif”</p> <p>“Côté induit ça veut dire que c'est quelque chose ou si on n'avait pas participé ça, il n'y aura pas de douleur, voilà, c'est forcément, c'est quelque chose que du coup nous on amène, soit par un acte, soit par un mouvement, soit par n'importe quoi.”</p>	<p>“Douleur chronique donc, ça va être des problèmes de rachis lombaire, de maladie rhumatismale, ça va être des maladies neurologiques importantes avec des dégénéralions”</p> <p>“En service douleur aiguë et principalement soit post chirurgie, soit post examen divers et variés, mais surtout de la douleur aiguë”</p> <p>“Pansement et réfection de pansement, toilette, accompagner un patient dans un examen de radiologie”.</p> <p>“Douleur aiguë d'un côté et douleur chronique, donc les étiologies sont forcément différentes.”</p>

Thème : Douleur	Type de douleur	Manifestation de la douleur	Moyens non thérapeutiques pour soulager la douleur
Ide en chirurgie	<p>” Neuropathique, c'est vrai qu'il y en a beaucoup”</p> <p>“Douleurs aiguës qui sont souvent présentes”</p> <p>“Douleur induite”</p> <p>“Chronicité de la douleur”</p> <p>“On a les trois dimensions en fait. Ces trois dimensions, quand tu es à côté de ton patient, quand tu les observes, comment se manifeste la douleur généralement.”</p>	<p>“J'ai appris à observer, écouter énormément les patients”</p> <p>“L'observation est très importante, tu vas voir par la position du langage non verbal. Tu vois comment est ton patient au niveau du visage, au niveau des traits du visage, le front qui est plissé, peut-être les yeux fermés, la position pour certains et en chien de fusil, le membre qui est recroquevillé donc c'est aussi des signes qui sont visibles, qui restent parlant.”</p> <p>“Ce que tu entends avec un gémissement ou même un silence, quelqu'un qui va verbaliser énormément, tu vas lui dire qui peut gémir, qui va dire, etc... ”</p> <p>“L'observation et l'écoute”</p> <p>“J'adapte justement la position et mon langage en fonction de ce que je vois et de ce que j'entends pour aider le patient.”</p>	<p>“Après sur les techniques non médicamenteuses cela va vraiment être selon l'approche que l'on a avec les patients”</p> <p>“Se mettre en position basse, au même niveau avec eux parce qu'il faut rentrer en communication avec eux, car lorsqu'ils sont mal, ils vont peut-être être fermé et qu'il faut récupérer ce lien et avoir cette relation de confiance avec eux”</p> <p>“Mots apaisants”</p> <p>“Communication thérapeutique et à l'hypnose donc c'est des beaux outils qui vont permettre au patient à mieux gérer”</p> <p>“Avec la douleur on la chosifie, on lui fait prendre une forme pour essayer de modifier ses ports”</p> <p>“Et la respiration”</p> <p>“Études qui ont montré que la respiration avait un aspect antalgique, car elle a un effet sur le système parasympathique”</p> <p>“Donner l'outil pour qu'il apprenne lui-même”</p> <p>“Se défocaliser sur cette douleur, car on se focalise sur cette douleur. Et donc elle augmente”</p> <p>“Induction hypnotique”</p> <p>“Relaxation”</p> <p>“Apaiser”</p>

			“Leur donner un outil pour les aider à mieux gérer cela tout seul quand on n’est pas là”
Ide en unité mobile de douleur	<p>“Non il y en a qui reviennent régulièrement comme la lombalgie chronique, ça ça revient beaucoup, la fibromyalgie ça revient beaucoup, beaucoup un petit peu de sclérose en plaques, mais on n’en a pas trop, un peu de SED je ne sais pas si vous connaissez le syndrome d'Ehler Danlos, une maladie neurologique très invalidante. Et puis on a toutes les maladies dites rhumatismales.”</p>	<p>“Je vais le questionner, poser des questions sur comment il se sent dans son corps. Soit, il va l'exprimer clairement, parce qu’il est en capacité de le faire, parce que je fais des entretiens un petit peu long pour pouvoir évaluer la douleur parce que je ne lui demande pas juste un chiffre. S’il est en capacité de l'exprimer, il va l'exprimer, il va détailler un petit peu son ressenti”</p> <p>“L’expression orale va me guider”</p> <p>“Observer”</p> <p>“Observer tout ce qui est au niveau des mimiques du visage, des traits du visage, ça peut être des gémissements ou voilà ça peut être une position dans le lit qui va me dire voilà il est douloureux ou un retrait d'une zone qui est douloureuse”</p> <p>“Observation”</p>	<p>“Toucher-massage”</p> <p>“Quelquefois, c'est compliqué de toucher, car les gens on soit du mal où soit sont trop douloureux pour les touchers”</p> <p>“Accompagner un bien-être parce que le cerveau, c'est intéressant, car il se focalise sur le côté agréable, du coup si je masse sur une autre zone et que j'apporte du confort, le patient va retenir que le confort donc la douleur va diminuer”</p> <p>“La distraction”</p> <p>“La musique”</p> <p>“La lecture”</p> <p>“Hypnose quand je dois faire un soin très long et douloureux”</p> <p>“Transe hypnotique”</p> <p>“Aromathérapie aussi principalement pour détendre et lâcher prise un petit peu”</p> <p>“Communication thérapeutique, mais c'est la prémisse de l'hypnose”</p> <p>“Je questionne beaucoup mon patient qui va me guider,c'est lui qui va décider la méthode qu’il préfère. C'est toujours le patient qui a le dernier mot, je ne lui impose jamais rien, je lui propose. Voilà je lui propose ce qu’il préfère et du coup il me dit oui ou non”</p>

			<p>“Neurostimulation”</p> <p>“La relation de confiance se joue à partir du moment où on va le croire”</p> <p>“C'est sur le lien va être créé, car on l'a entendu, on l'a cru et on lui propose des choses donc le lien va être créé”</p>
--	--	--	--

Objectif N° 6 : Connaître comment le soignant communique-t-il avec le patient ?

Objectif N° 7 : Connaître l'avis du professionnel sur sa vision de la communication dans le soin

Objectif N° 8 : Comment le professionnel définit-il la communication thérapeutique et comment s'en sert-il ?

Objectif N° 9 : Déterminer quels sont les différents outils de communication thérapeutique

Thème : Communica tion	Définition de la communication	Les outils de communication utilisés	La communication dans le soin
Ide en chirurgie	<p>“ La communication, c'est une relation entre deux personnes qui va faire transmettre un message”</p> <p>“Je véhicule mon histoire, mes émotions, mon état psychique, ma personnalité”</p> <p>“Répondre par ce qui fait de toi, toi, donc tout ce qui fait aussi ta personnalité et tout ça donc voilà, c'est comme ça qu'on va communiquer ensemble”</p> <p>“Respect de la personne en face de moi et sans aucun jugement”</p> <p>“Interagit et on fait ce qu'on appelle la boucle de la communication.”</p>	<p>“J'essaie de capter le canal, j'essaie d'être sur la même longueur d'onde avec mon patient avec ma personne, c'est-à-dire que je vais déterminer le canal de communication, visuel auditif, visuel, kinesthésique et ça va me permettre de rentrer en communication plus facilement avec lui”</p> <p>“Si j'ai capté rapidement son canal je peux entrer en communication avec lui”</p> <p>“Voix douce une voix pas trop rapide”</p> <p>“Rythme de voix pas trop rapide parce que justement, c'est apaisant”</p>	<p>“Com thérapeutique, très important la communication dans le soin”</p> <p>“Communiquer dans sa communication est primordial. Ça, c'est de créer l'alliance thérapeutique”</p> <p>“Créer cette alliance du fait que le patient va adhérer aux soins, et sans cette relation de confiance pareille tu ne peux rien faire”</p> <p>“Alliance thérapeutique, il faut avoir un objectif commun, c'est-à-dire qu'on va faire en sorte que</p>

		<p>“Dans mon attitude l'idée, c'est de ne pas prendre le pouvoir”</p> <p>“Même hauteur”</p> <p>“Avoir de la compassion”</p> <p>“Demander s’il m'autorise à m'asseoir à côté de lui pour être à la même hauteur ou moi je suis en position plus basse”</p> <p>“ Assise avec une chaise à côté ou quand ils sont assis sur le fauteuil je vais mettre un genou à terre”</p> <p>“Se mettre en position plus basse pour aussi leur montrer qu'ils ont le pouvoir et dans la bienveillance, utiliser des outils de communication”</p> <p>“Réutiliser les mots des patients et c'est important de valider la communication avec le patient, il faut les écouter”</p> <p>“Valider leur inconfort”</p> <p>“Valider la douleur”</p> <p>“Des mots positifs pour les rassurer “</p>	<p>vous n'avez pas de douleur et que vous soyez confortables”</p> <p>“Objectif commun avec le patient qui va être acteur de soin”</p> <p>“Choix illusoire, donc c'est lui qui va être acteur de son soin”</p>
<p>Ide en unité mobile de douleur</p>	<p>“La communication, c'est la possibilité de partager un message entre deux personnes, c'est-à-dire avec un va-et-vient”</p> <p>“Pouvoir transmettre un message, mais faut aussi savoir le recevoir, mais aussi avoir un retour pour savoir si la personne a compris l'intention de notre message et si elle a tout compris.”</p>	<p>"Communication non violente”</p> <p>“Communication thérapeutique”</p> <p>“PNL”</p> <p>“Relation d'aide “</p> <p>“La communication non violente”</p> <p>“PNL”</p> <p>“Plein d'outils qui vont nous permettre de rentrer en relation avec l'autre”</p>	<p>“C'est primordial en fait il n’y a pas de soin sans communication et pas de communication sans soin”</p> <p>“Il peut y avoir de communication sans soins, mais en fait pour une infirmière, mais l’un ne va pas sans l'autre et surtout sans communication, je ne peux rien faire”</p> <p>“Besoin de rentrer en relation avec mon patient avant toute chose”</p>

		<p>“Essayer de mieux cerner la personne que l'on a en face de nous pour pouvoir entrer en relation enfin faire passer le message que l'on a à passer”</p> <p>“Réussir à analyser l'autre en très peu de temps analyser et l'autre pour pouvoir transmettre le message et pour voir si le message qui a été transmis a bien été réceptionné et bien compris.”</p> <p>"Kinesthésique"</p> <p>“Visuel”</p> <p>“Auditif”</p> <p>“Toutes les formations et les outils qui vont me permettre de mieux communiquer avec la personne et avoir une meilleure communication avec autrui et donc une meilleure réception du message que je veux transmettre”</p> <p>“Pas d’interprétations”</p>	<p>“Si on veut faire passer des messages, si on veut entreprendre des thérapeutiques, si on veut soigner une plaie, la première chose, c'est de savoir communiquer avec la personne, voir ce qu'on peut lui apporter, quels sont ses besoins”</p> <p>“Je n’imagine pas mon boulot sans communication et c'est pour ça aussi que j'ai été me former à tout ça pour que la communication soit le plus adapté auprès de mon patient. Le relationnel, c'est primordial”</p>
--	--	--	---

Thème : Communication	Définition de la communication thérapeutique	Outils utilisés dans la communication thérapeutique
Ide en chirurgie	<p>“La communication thérapeutique est thérapeutique dans le sens où elle va, elle va apporter quelque chose au patient tant au niveau de son confort, de sa douleur, son bien-être de toute façon l'idée c'est d'apporter du confort, du bien-être et de la sécurité”</p> <p>“Induction hypnotique pour que le patient soit confortable, qui ressent une sensation de bien-être total, qui soit totalement en sécurité, qui va faire va mieux vivre ce soin”</p> <p>“Thérapeutique dans le sens où de la façon que tu amènes ton</p>	<p>“Mots doux, voie basse”</p> <p>“Hypnose”</p> <p>“Aromathérapie”</p> <p>“Humour”</p> <p>“Musique”</p> <p>“Communication positive et valorisante”</p>

	<p>médicament”</p> <p>“Attitude “</p> <p>“Être très positif”</p> <p>“En fonction de ton attitude la douleur peut être bien diminué ou qui reste totalement dans sa douleur “</p> <p>“Accepter les croyances des patients”</p>	
Ide en unité mobile de douleur	<p>“Utiliser les bons mots”</p> <p>“Apporter du confort rien qu'en paroles donc éliminer tous les mots qui piquent, tous les mots qui font mal”</p> <p>“Utiliser rien qu'avec des mots doux apporter une espèce de confort et de la détente et du bien-être rien qu'en parlant en fait.”</p>	<p>“J'utilise que des mots de confort, de douceur, de bien-être, de détente, des mots doux”</p> <p>“Positif”</p> <p>“J'enlève les “Ne pas”, le cerveau n'enregistre pas les ne pas”</p> <p>“Maximum positive et affirmative et non négative”</p> <p>“Histoire de mots et d'intention”</p> <p>“Je ne parle plus en douleur, je parle en échelle de confort. “</p>

Objectif N° 10 : Comment la communication thérapeutique change-t-elle la manière de penser, de visualiser et de prendre en charge non seulement le patient, mais aussi les autres éléments qui l'entourent tels que les émotions, la douleur... ?

Objectif N° 11 : Question ouverte permettant de partir sur une éventuelle ouverture à la fin du mémoire

Thème : Ouverture	Changement de regard sur la douleur grâce à la communication thérapeutique	Autres techniques non thérapeutiques	Communication thérapeutique : outils des plus efficaces ?
Ide en chirurgie	<p>“Observation et l'écoute “</p> <p>“On fait tous bien au travail. On peut mieux faire et tu vois je me suis rendue compte que je pouvais encore mieux faire”</p> <p>“T'autorises à prendre le temps qu'il faut pour te mettre en position avec ton patient prendre ce temps-là avec lui pour qu'il ne se sent pas cette ouais il faut que je fasse vite et bien”</p>	<p>“Hypnose”</p> <p>“Musique”</p> <p>“L'aromathérapie qui peut aussi aider il existe une huile essentielle spéciale pour la douleur, tu as des huiles pour la relaxation, pour la douleur”</p> <p>“La musique”</p> <p>“L'humour”</p> <p>“Toucher-massage”</p>	<p>“Apprendre dès l'école en fait pour parler le même langage”</p> <p>“Prévenir, détailler le soin à ton patient”</p> <p>“Au lieu de dire je vais piquer, le patient il a peut-être envie d'entendre autre chose”</p> <p>“Techniques”</p> <p>“ On peut changer plein de petites choses”</p> <p>“Apprendre dès l'école un langage, des</p>

	<p>“Patient beaucoup plus détendu” “Tu peux perdre du temps dans tes soins pour utiliser la communication thérapeutique” “Gagne du temps “ “Le soin se déroule tranquillement parce que tu es vraiment en symbiose avec ton patient” “Révélation” “La com thérapeutique et l’hypnose m’ont redonné ses valeurs” “Je suis totalement comblée satisfaite de mon travail actuellement”</p>	<p>“Sophrologie” “Hypnose” “Détournement de l'attention” “Respiration”</p>	<p>habitudes de langage dès le départ” “Manière différente de parler et ça tu fais ça petit à petit” “Avoir le même langage auprès de patients qu'il change leurs habitudes de faire les choses” “ “Belle dynamique autour la communication thérapeutique et de l'hypnose” “Il y a tellement d'études qui ont démontré les bienfaits”</p>
<p>Ide en unité mobile de douleur</p>	<p>“Adoucir les choses vraiment, adoucir les choses, adoucir les maux” “Ça permet de mieux me sentir dans mon corps, dans mon esprit, dans mes baskets” “Patient d'être détendue malgré sa douleur parce que j'arrive rien qu'avec des mots à l'apaiser” “Poser les choses” “Avoir un calme, que ça nous permet d'être un peu plus posé” “Permis d'améliorer ma pratique et d'être plus apaisé”</p>	<p>“Toucher-massage” “La distraction” “La musique”“La lecture” “Hypnose” “Transe hypnotique” “Aromathérapie” “Communication thérapeutique”</p>	<p>“La communication thérapeutique, c'est juste un jeu de mots” “Ça peut être utilisé par tout le monde” “Tout le monde peut accéder à la communication thérapeutique” “Apprendre à comment parler, supprimer la négation, les mots qui peuvent ne pas favoriser la communication” “Éducation du langage” “Donc c'est un entraînement ça ne se fait pas du jour au lendemain et faut avoir la formation le plus tôt possible” “Dès la sortie de l'école” “Inconscient.”“Alors oui très clairement tous les soignants peuvent l'utiliser”</p>

Abstract

**Barré
Lauréline**

Titre : L'utilisation de la communication par l'infirmière lors de soins douloureux : Quelle influence sur la douleur ressentie par le patient ?

Présentation synthétique du travail en anglais :

My final year thesis is about the use of therapeutic communication and its influence on the pain felt by the patient. A caregiver communicates with his patient, but when the patient is in pain, can communication influence his feelings ? That's why I came to ask myself this question :

"When caring for a patient in pain, how does the nurse's use of therapeutic communication influence the pain felt by the patient ?".

The interest of this research is to define communication, pain and thus, learn and understand, the introduction of new concepts, tools.

By doing this research, I would like to learn how to better manage patients.

In order to confront my research with the reality of the services, I interviewed two nurses trained in therapeutic communication.

These interviews allowed me to learn how to observe, listen and communicate with the patient in order to relieve their pain.

Présentation synthétique du travail en français :

Mon travail de fin d'études porte sur l'utilisation de la communication thérapeutique et son influence sur la douleur ressentie par le patient. Un soignant communique avec son patient, mais lorsque celui-ci souffre, la communication peut-elle influencer ses ressentis ? C'est pourquoi je suis venu à me poser cette question :

"Lors de soins douloureux à un patient, en quoi l'utilisation de la communication thérapeutique par l'infirmière influence-t-elle la douleur ressentie par le patient ?".

L'intérêt de cette recherche est de définir la communication, la douleur et ainsi, apprendre et comprendre, l'introduction de nouveaux concepts, outils.

En faisant cette recherche, j'aimerais améliorer mes capacités à prendre en charge les patients.

Afin de confronter mes recherches avec la réalité des services, j'ai interviewé deux infirmières formées en communication thérapeutique.

Ces entretiens m'ont permis d'apprendre comment observer, écouter et communiquer avec le patient afin de soulager sa douleur.

Key words : Therapeutic communication; Pain; Patient; Non-therapeutic tools; Care

Mots clés : Communication thérapeutique; Douleur; Patient; Outils non-thérapeutiques; Soins

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Année de formation : 2018 - 2021