



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Communiquer pour soulager la douleur



Formateur référent mémoire : LeBihan Christine

CRASTE Marie

Formation infirmière

Promotion 2018-2021

Date : 10/05/2021



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 :**

En quoi l'emploi des techniques de communication thérapeutique par l'infirmier permet d'améliorer la prise en charge d'un patient lors d'un soin douloureux ?

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

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

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

Le 6 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Craste Marie

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

Je tenais tout d'abord à remercier Christine Lebihan, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagné durant mon écriture.

Je remercie également les infirmières, qui se sont rendue disponibles pour répondre à mes entretiens, pour leur gentillesse et leur bienveillance.

Merci aussi à toute l'équipe de formateurs de l'IFSI de Ponchaillou, merci de nous avoir accompagnés durant ces 3 années, pas des plus faciles. Et merci de nous avoir transmis vos jolies valeurs.

Et finalement, merci à mes parents pour avoir relu mon mémoire et corriger une grande partie de mes fautes d'orthographe et merci à mes amies de l'IFSI de m'avoir encouragé et conseillé durant l'écriture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
I) Début de la réflexion.....	1
1) Les situations d'appel et leurs questionnements.....	1
2) La question de départ.....	3
II) De la théorie.....	4
1) La prise en soin.....	4
1.1) Qu'est ce que la prise en soin ?.....	4
1.2) Comment prendre en soin ?.....	5
2) La douleur, un concept complexe.....	6
2.1) Qu'est-ce que la douleur ?.....	6
2.2) Ses différents types.....	7
2.3) Concept subjectif.....	9
2.4) L'évaluer pour mieux la soigner.....	10
2.5) Des moyens thérapeutiques variés	11
3) La communication thérapeutique, une communication antalgique.....	12
3.1) Comprendre la communication thérapeutique.....	12
3.2) La confiance, outil de base de la communication thérapeutique.....	13
3.3) Une multitude de techniques.....	14
3.4) Ses bénéfices.....	16
3.5) Petit zoom sur l'hypnose.....	17
III) ...A la pratique, méthodologie de l'enquête.....	17
1) Les objectifs.....	17
2) L'outil d'enquête.....	18
3) L'organisation de l'entretien.....	18
4) Le bilan des entretiens.....	18
IV) L'analyse descriptive.....	19
V) La discussion.....	23
1) La prise en soin.....	23
1.1) Apprendre et comprendre pour mieux soigner.....	23
1.2) Le relationnel, principal outil de prise en soin.....	24
2) La douleur.....	24

2.1) La douleur, concept complexe et multidimensionnel.....	24
2.2) S'adapter et observer pour mieux évaluer.....	25
2.3) Des thérapeutiques médicamenteuses, mais pas seulement.....	26
3) Une grande diversité de techniques de communication thérapeutique.....	26
3.1) Une communication antalgique.....	26
3.2) La confiance, outil de base de la communication thérapeutique.....	27
3.3) Des bénéfices considérables.....	28
3.4) L'hypnose.....	28
VI) La question de recherche.....	28
VII) La conclusion.....	29
Bibliographie.....	30

Introduction

Je suis étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rennes. Je suis donc amené à présenter un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmier aussi appelé MIRSI.

Au cours de ma formation, j'ai eu la chance d'effectuer différents stages principalement en gériatrie, mais également en chirurgie ambulatoire ou encore en psychiatrie. Depuis le début de la formation, un thème me tenait particulièrement à cœur : la communication. Elle est utilisée au quotidien et n'est pas spécifique à un service. Pour moi, c'est la base de notre métier. De la communication en découle notre prise en soin, cela va influencer la manière dont le patient, mais aussi le soignant va vivre une hospitalisation. Sans communication il n'y a pas de soin. Puis, au fil de mon apprentissage, j'ai découvert qu'elle pouvait faire du bien, qu'elle pouvait être antalgique, anxiolytique. J'adaptais ma communication en fonction du patient, du moment, du soin, de ses besoins, mais aussi de mon ressenti. Je n'ai pas tout de suite pu poser de mot sur ce concept. Nous avons eu des interventions d'infirmières formées en communication thérapeutique, mais aussi en hypnose formelle. Cela m'a permis de poser un terme sur ce concept. J'ai donc découvert la communication thérapeutique et ma curiosité pour celle-ci n'a fait que grandir au fil de mes expériences. J'ai donc voulu approfondir mes connaissances sur la communication thérapeutique et son utilité lors de soins douloureux. Je vais également faire un point sur l'hypnose dans le soin.

Une présentation de mes situations d'appels sera faite dans une première partie. Puis j'énoncerai le questionnement qui en découle ainsi que ma question de départ. Dans un second temps, je m'aiderai des travaux de différents auteurs pour tenter de répondre à mon interrogation. Finalement, pour me permettre d'avoir une vue globale, j'utiliserais le ressenti de l'utilisation des techniques de communication de deux infirmières dans la pratique pour la confronter à la théorie. Cela me permettra d'en faire ressortir une question de recherche pouvant amener à une réflexion plus approfondie de mon travail.

I) Début de la réflexion

1) Les situations d'appel et leurs questionnements

Mr. H est un patient de 82 ans qui a un carcinome sur la partie occipitale droite. Il est hospitalisé en médecine gériatrique notamment pour une prise en charge antalgique de ses plaies. Il est en attente d'une place LISP (Lit Identifié Soins Palliatifs) dans une unité de soins de suite et réadaptation. Ses 3 plaies sont très fibrineuses et nécrotiques et malgré les réfections de pansement, l'équipe soignante ne constate pas d'évolution positive. De plus, la réfection est également très douloureuse pour le patient malgré une prémédication qui implique un bolus d'antalgique de palier trois, un bolus de sédatif ainsi qu'un gaz anesthésique durant la réalisation du soin. Il place sa douleur à 5 pendant le soin sur l'échelle de la douleur. L'équipe soignante a alors décidé d'appeler l'infirmière experte en pansement de la clinique pour une réévaluation du protocole. Celle-ci a changé le pansement et nous a aussi précisé qu'il est important d'enlever les croûtes présentes autour des plaies pour encourager la cicatrisation mais aussi d'enlever le maximum de fibrine. Le médecin nous a également prescrit un anesthésique en application locale juste avant la réfection du pansement.

J'accompagne l'infirmier ce jour-là dans la réfection du pansement. C'est la première fois que je vois ce soin. L'infirmier prépare son matériel pendant que j'installe le patient dans une position confortable, il s'allonge donc en décubitus droit de façon à voir l'extérieur par la fenêtre. Je me place alors en face du patient de façon à ne pas gêner l'infirmier lors de la réfection mais également pour avoir un meilleur point de vue. Je commence à administrer au patient le gaz anesthésique et l'infirmier pose l'anesthésique en application locale après avoir enlevé le pansement. L'infirmier commence donc le pansement. Je remarque que le patient a tendance à s'agripper au réservoir du masque à gaz, ce qui empêche une administration correcte. Je lui propose alors de prendre ma main et dirige son autre main vers le masque pour qu'il puisse le tenir. De cette manière, le patient a de quoi tenir quelque chose durant le soin douloureux mais peut aussi sentir ma présence et donc se sentir accompagné. Je lui explique également toutes les étapes du soin, du nettoyage au séchage, en passant par la pose des compresses. Le soin se déroulant derrière son oreille, le patient ne pouvait donc pas suivre son avancée. Pour moi, cette explication est importante car cela lui permet de savoir le restant avant la fin du soin mais aussi de comprendre la sensation de douleur lors de certaines étapes, notamment lors de la détersion mécanique. A la fin du soin, je demande alors au patient de noter à nouveau sa douleur lors de la réfection. Il la place à 4. Il me dit également que le fait de tenir ma main et d'avoir quelqu'un en face de lui l'avait aidé à calmer son anxiété liée au soin.

- Comment se manifestent l'anxiété et la douleur chez monsieur H. pendant le soin ?
- Comment améliorer la prise en charge de la douleur et l'anxiété chez monsieur H. ? Les moyens médicamenteux sont-ils les seuls moyens ?

- La communication lors du soin est-elle bénéfique à la prise en charge de la douleur et de l'anxiété ? Qu'a permis cette communication ? Comment l'améliorer ? Le contact visuel et physique est-il une forme de communication thérapeutique ?

Ma deuxième situation est la suivante :

Je suis en service de gériatrie aiguë. Une patiente de 60 ans présentant un cancer vulvaire arrive dans mon secteur. La patiente présente également un retard mental rendant la communication difficile. En effet, elle s'exprime peu de manière verbales. L'infirmier du secteur ayant besoin d'aide pour tenir le masque de gaz anesthésique, je l'accompagne pour la réfection de pansement.

L'infirmier commence donc le soin. La patiente ne comprend pas qu'elle doit tenir le masque, je l'aide donc à le faire. Le soin est très douloureux pour la patiente malgré les antalgiques et le gaz anesthésique. Elle ferme rapidement les jambes lorsque l'on commence le nettoyage, ce qui rend la réfection difficile. Elle ne comprend pas qu'il est important de garder une certaine position pour permettre de refaire le pansement correctement et ainsi d'améliorer l'état de sa plaie. J'essaie de lui parler de choses joyeuses, de capter son regard pour détourner l'attention, en vain. À un certain moment, je remarque qu'elle cherche à attraper une mèche de mes cheveux. Je la laisse faire. La patiente se détourne alors de plus en plus du soin, permettant à l'infirmier de terminer la réfection.

- Comment se manifeste la douleur chez la patiente ? Comment évaluer sa douleur dans le cadre de ses difficultés d'expression verbale ?
- La douleur est-elle correctement prise en charge ? Sinon, comment l'améliorer ?
- La patiente comprend-elle le soin ? Sinon, comment lui expliquer correctement ? Le fait de comprendre le soin lui aurait-il permis de mieux l'accepter et de comprendre l'utilité de garder une certaine position ? Comment s'assurer que la patiente comprenne ?
- Qu'a permis la communication lors du soin ? A-t-elle permis de prendre en charge la douleur de la patiente ? Comment pouvons-nous l'améliorer dans le cadre de la prise en soin ?
- La communication lors de ce soin est-elle une forme d'hypnose ? Si oui, par quoi se caractérise-t-elle ?

2) La question de départ

Dans ces deux situations, l'utilisation de la communication thérapeutique a permis d'améliorer la réfection des deux pansements. Le premier patient a de lui-même exprimé le besoin de se sentir accompagné lors du soin.

- Par quoi se caractérise la communication thérapeutique ?
- Quels en sont les effets bénéfiques de l'hypnose lors des soins douloureux ?
- Y a-t-il des situations propices à leurs utilisations ?
- Cela permet-il une amélioration de la prise en soin du patient ?
- Est-ce de l'hypnose ?
- Qu'est-ce qui diffère la communication thérapeutique de l'hypnose ?

La question de départ est donc la suivante :

En quoi l'emploi des techniques de communication thérapeutique par l'infirmier permet d'améliorer la prise en charge d'un patient lors d'un soin douloureux ?

II) De la théorie...

1) La prise en soin

1.1) Qu'est ce que la prise en soin ?

Dans le langage commun et dans un terme médical, le soin renvoie à l'action de soigner, de faire guérir, d'améliorer la santé de quelqu'un. Le soin est alors compris dans un sens curatif, rendre à l'état normal le corps du patient. Or, le soin porté par un soignant implique bien plus que de seulement panser une plaie ou encore donner un antalgique pour soulager des céphalées. Il n'est parfois pas possible de soigner certaines pathologies, nous parlons alors de maladie chronique. Elle accompagnera le patient toute sa vie. Nous remarquons alors que la maladie n'a pas seulement un impact fonctionnel, mais aussi un impact psychologique, social ou encore économique. Il est nécessaire de penser le soin autrement, dans une démarche holistique, en prenant en soin la personne à part entière, pas seulement sa plaie, son symptôme mais aussi en prenant en compte l'impact qu'elle va avoir sur le patient en tant que tel. Le soignant va alors essayer d'améliorer sa qualité de vie, de redonner au patient son autonomie, son indépendance tout en étant présent pour lui permettre de se sentir bien. Nous appelons cela la prise en soin.

Pour comprendre ce qu'est la prise en soin, il faut se pencher sur le sens des mots « prendre » et « soin ». Les autrices et infirmières V. Favetta et B. Feuillebois-Martinez (2011) se sont

penchées sur cette étymologie. Prendre vient de « prehendere », ce qui veut dire « prendre, saisir, s'emparer de » et soin vient de « sunnis » et veut dire « empêchement juridique ». Pour elles, la notion de prendre soin relève donc « d'un déséquilibre entre la nécessité de saisir, de tenir quelque chose ou quelqu'un et sa réalité qui serait soumise à une rudesse de mise en œuvre » (p.62).

Pour compléter cette définition, elles s'appuieront sur celle de Littré, pour qui le mot soin fait référence au devoir de veiller sur quelqu'un ou quelque chose. « Il s'agirait donc de supporter, de saisir voire d'assumer notre devoir envers autrui » (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011, p.62).

Elles citeront également Virginia Henderson, pour qui prendre en soin, c'est « la fonction essentielle de l'infirmier(ère) est d'assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il en avait assez de force, de volonté, ou de savoir » (Henderson, s.d. cité par Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011, p.63). La posture soignante ici évoquée fait référence à une aide des infirmiers dans la prise d'indépendance de la personne soignée dans le cas d'une perte d'autonomie causée par la maladie.

Selon W. Hasbeen, « Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie » (Hasbeen, s.d., cité l'IFSI de Troyes, s.d.). D'après Hasbeen, le soignant va donc individualiser la prise en soin pour qu'il prenne en charge les besoins propres du patient et ce dans le but de permettre au patient d'attendre ou du moins tendre vers un bien-être et une autonomie. Le bien-être, c'est un « état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit » (Larousse, s.d.). Pour aider une personne à atteindre un état de bien-être, donc de la prendre en soin, il faut l'aider à satisfaire ses besoins. Nous pouvons de nouveau faire le parallèle avec les 14 besoins de Virginia Henderson, hypothèse selon laquelle la personne malade ou non est représentée par 14 besoins fondamentaux à son bien-être. L'utilisation de cette théorie est aussi d'aider la personne à satisfaire ces 14 besoins et ainsi permettre une prise en soin complète et holistique.

Bien que la prise en soin soit un sujet complexe qui évoluera avec les techniques soignantes, nous vous proposons cette définition qui fait un résumé des différents points de vue des auteurs. La prise en soin, c'est l'aide apportée par un soignant à un patient dans une démarche holistique et individualisée lui permettant d'atteindre un niveau de bien-être et d'autonomie qui lui est propre.

1.2) Comment prendre en soin ?

Selon l'article R 4311 - 2 du code de la santé publique du 8 août 2004, « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques [...] dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ». La prise en soin qu'elle soit curative, palliative ou encore préventive se doit donc d'allier les qualités en soins techniques et en soins relationnels des soignants.

Les soins techniques peuvent être divisés en deux parties. Dans la première, on y retrouve les soins sous l'appellation de « curing ». Ce sont l'ensemble « des soins médicaux centrés sur le traitement et la guérison » (Bautzer, 2014), « son fondement est la recherche biomédicale » (Bautzer, 2014), par exemple la réfection de pansement ou encore le prélèvement veineux. Le « curing » était surtout utilisé au début du XXème siècle lors de la professionnalisation infirmière car celle-ci était initiée par les médecins (Bautzer, 2014). Dans l'autre partie, les soins dits de « caring », qui ont pour but la santé comme « état de complet bien-être physique, mental et social » (fiches-ide, 2018) et reflètent bien plus le « prendre soin » comme nous l'avons vu précédemment.

C'est d'abord Florence Nightingale, une infirmière et aristocrate anglaise qui fit émerger ce mouvement. Il fut ensuite remis en lumière vers les années soixante et soixante-dix, puis ensuite en 2000.

En plus du « care » et du « cure », le métier d'infirmier voit une « montée en puissance d'un rôle éducatif et préventif » (Bautzer, 2014) depuis quelques années. On peut donc souligner ici la pluridisciplinarité du travail infirmier dans le prendre soin. Pour qu'il soit complet, l'infirmier se doit d'avoir des connaissances techniques alliées à des qualités relationnelles telles que l'écoute ou l'accompagnement. Il ne faut pas non plus négliger le rôle éducatif et préventif, que l'on peut retrouver lors des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) qui permettent au patient d'être acteur de sa maladie et d'ainsi retrouver de son autonomie.

2) La douleur, un concept complexe

2.1) Qu'est-ce que la douleur ?

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) cité par l'Inserm (2016), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ». Elle est dite subjective, la personne

expérimentant la douleur est la seule à pouvoir la décrire. Elle est alors difficile « à quantifier et à qualifier » (Inserm, 2016). De part son caractère désagréable, nous pouvons penser qu'elle est néfaste à l'organisme. En réalité, son rôle est tout autre.

La nociception, « la perception inconsciente d'un stimulus douloureux détectée par le corps et exprimée essentiellement par une réponse du système nerveux autonome » (Barvais & Bonhomme, 2014, p.1) va se mettre en jeu lors d'une lésion. Le système nerveux autonome « régule certaines fonctions automatiques de l'organisme » (Futura-sciences, s.d.), « il permet le maintien de l'homéostasie interne »(Futura-sciences, s.d.). Il va donc gérer de manière autonome tous les organes nécessaires à notre survie tels que le cœur, les poumons, le tube digestif et induire certains mouvements pour protéger l'organisme de situations néfastes, par exemple une lésion. Cette lésion va induire une douleur qui provoquera à son tour une action permettant de la limiter. « La douleur a une fonction d'alarme » (Barvais & Bonhomme, 2014, p.2).

Lors de cette lésion tissulaire, il va y avoir une stimulation des terminaisons nerveuses, les nocicepteurs. L'information va alors être conduite jusqu'à la moelle épinière, organe du système nerveux central qui permet la transmission d'informations entre le corps et le cerveau. Elle va ensuite remonter jusqu'à ce dernier pour être conduite dans différents organes : « Les afférences vers la formation réticulée du tronc cérébral facilitent l'activité du système réticulo-thalamique activateur et augmentent par conséquent l'éveil. Les noyaux moteurs du tronc cérébral reçoivent également des afférences en provenance des voies ascendantes de la douleur et peuvent être responsables de mouvements réflexes d'échappement » (Barvais & Bonhomme, 2014, p.3), « les projections des voies ascendantes de la douleur vers l'hypothalamus génèrent les réactions autonomes à la douleur » (Barvais & Bonhomme, 2014, p.3). Ils vont donc permettre de générer des mouvements autonomes mais aussi de mettre notre corps en alerte pour améliorer nos chances de survie. La douleur nous est donc bénéfique.

2.2) Ses différents types

Nous pouvons différencier par profil évolutif deux types de douleur. La douleur aiguë qui « est intense, mais souvent brève » (Inserm, 2016), elle correspond le plus à la définition vue précédemment. C'est-à-dire qu'elle a un rôle de protection envers l'organisme. La douleur chronique, elle, est pathologique, elle n'a donc pas de rôle protecteur, elle n'est pas une « alarme ».

La douleur aiguë est donc brève, comme l'explique M.Oleron, elle initie la mise en place d'un système de défense et de protection de l'organisme (Document non publié [Support de cours], 26 février 2019). C'est la douleur la plus fréquente. Elle peut être « mécanique [s] (fractures, arthrose...) et [les douleurs] inflammatoires (appendicite, abcès dentaire..) » (Delorme, 2000, p.29). « La recherche de la cause est alors primordiale et son traitement (quand c'est possible) entraîne un soulagement radical. » (Delorme, 2000, p.31). La douleur aiguë est alors bénéfique à l'organisme, elle dure peu dans le temps et peut être totalement soulagée. C'est la douleur que nous rencontrons le plus souvent.

Lorsqu'elle est chronique, la douleur persiste sur plus de 3 mois. C'est le cas de certaines migraines, douleurs musculaires ou encore douleurs associées à des lésions nerveuses. D'après l'Inserm, près de 30% de la population française souffre de douleurs chroniques. Comme l'explique Dr Delorme (2000) «la lésion initiale a parfois disparu, la situation ne correspond donc pas simplement à une douleur aiguë qui persiste. »(p.31) mais il explique aussi que « La chronicité s'explique moins par le facteur temps que par la capacité d'adaptation du sujet à cette situation et l'existence de cercles vicieux (tensions musculaires, anxiété, facteurs de stress, peur du mouvement et déconditionnement physique, repli sur soi...) » (Delorme, 2000, p. 31). Comme nous pouvons le constater, le maux ne correspond pas à une cause particulière. La recherche d'un traitement est plus difficile et donc soigner cette douleur devient alors bien plus complexe. La prise en soin se doit d'être multifactorielle, psychologique, somatique et sociale.

En plus de cela, nous pouvons les classer selon le mécanisme physiopathologique. Nous nous appuyerons sur les explications de Sessi Acapo (2019) pour les décrire.

La douleur nociceptive est causée par l'activation des nocicepteurs lors d'une lésion. Le système nerveux fonctionne alors normalement. Elle est la plus courante dans les douleurs de type aiguë. C'est un signal d'alarme. « Elles peuvent être continues ou intermittentes et sont caractérisées par une localisation précise et circonscrite, sans topographie neurologique. »

La douleur neuropathique résulte d'une lésion du système nerveux central ou périphérique. Elle est également un système d'alarme. « Elle prend souvent la forme de sensations de brûlure, d'élançements ou de dysesthésies ».

La douleur nociplastique est liée à une perturbation des voies de la douleur, sans lésion ou affectation du système nerveux central ou périphérique. C'est le cerveau qui envoie le message douloureux.

2.3) Concept subjectif

Tous les individus possèdent les mêmes moyens de détecter la douleur mais sa perception leurs reste propres. Elle est subjective et ce pour différentes raisons. Il existe 4 composantes de la douleur.

La première est son lien avec « le système limbique responsable du caractère émotionnel de la douleur » (Barvais, 2014, p.3). D'après Dr Delorme (2000), la sensation désagréable, pénible, le fait de difficilement supporter la douleur est due à la composante émotionnelle. Il précise aussi qu'elle peut provoquer de l'anxiété ou de la dépression si cette douleur se prolonge, comme il peut être vu dans le cas de douleurs chroniques (p.27), « La fonction de l'émotion serait de donner une valeur positive ou négative à un événement en fonction de son importance biologique et de sa signification [...] jouant donc un rôle fondamental dans le processus d'apprentissage » (p.27).

La deuxième raison est le rôle des facteurs cognitifs. « Les processus cognitifs sont nombreux : référence aux expériences passées, signification et interprétation accordée à la douleur, focalisation sur la douleur, procédé de détournement de l'attention » (Delorme, 2000, p.27). Ils vont donc influencer la manière dont nous percevons la douleur et dont nous agissons suite à celle-ci. Le fait de faire référence aux expériences passées et la signification de la douleur pour le patient peut aussi expliquer le fait d'appréhender la douleur, les mécanismes de protection envers les éléments identifiés comme source potentielle de douleur. Cela va avoir un rôle important dans les soins douloureux et réguliers comme par exemple des pansements d'escarre. Nous pouvons aussi comprendre l'importance du premier soin, le fait de l'amener du mieux que l'on peut pour ne pas laisser ou du moins diminuer cette référence douloureuse pour les soins à venir. « Les sportifs qui participent à des matchs où les contacts physiques sont parfois violents (rugby, hockey, football) peuvent subir des traumatismes sans ressentir de douleur du fait de leur concentration. » (Delorme, 2000, p.27). L'attention est donc primordiale dans la perception de la douleur. Un détournement d'attention lors de certains soins peut alors être intéressant.

Les facteurs comportementaux sont aussi une de ces composantes. Comme l'explique Dr Delorme (2000), c'est la manière dont un individu va réagir à une douleur de façon consciente ou non. Elle peut être verbale ou non verbale. (p.28). C'est-à-dire que l'individu peut exprimer verbalement sa douleur en disant qu'il a mal par exemple mais aussi qu'il peut l'exprimer avec des pleurs, par une posture comme lorsque nous nous tenons un membre lorsqu'il est douloureux, « Ce comportement a une valeur de communication avec l'entourage, la société » (Delorme, 2000, p.28).

C'est pourquoi il est important pour les soignants d'observer le patient, surtout pour les aides-soignants et infirmiers qui sont constamment en contact avec lui et qui peuvent constater des changements dans son attitude et donc en faire part au médecin.

La dernière est la composante sensorielle. Comme l'explique D.Guy, elle va permettre de donner un « aspect quantitatif et qualitatif de la sensation douloureuse, sa durée, sa localisation » (Document non publié [Support de cours], 9 février 2017). Elle peut être influencée par des facteurs culturels et familiaux. Par exemple, « Certains rites culturels (passage à l'âge adulte, circoncision...) ou religieux comportent parfois des douleurs infligées correspondant parfois à de véritables tortures. Dans ces circonstances, les sujets n'expriment pas la douleur » (Delorme, 2000, p.28). La douleur fait alors partie de la culture et y échapper reviendrait à la rejeter, c'est pourquoi certaines personnes l'endurent. Il est important d'aller rechercher cet aspect sensoriel auprès du patient d'autant plus si l'on ne connaît pas sa culture.

2.4) L'évaluer pour mieux la soigner

La douleur est donc un ressenti subjectif, propre au patient. Il faut donc l'évaluer pour mieux la comprendre et ainsi adapter au mieux les thérapies et permettre une prise en soin de qualité. L'évaluation peut être comparative « pour le suivi d'un patient ou de groupes de patients, analytique afin d'identifier un dysfonctionnement, ou dynamique afin de modifier la réponse thérapeutique » (Vassort, 2006, p. 9). Elle permet alors d'orienter un diagnostic, de réévaluer cette douleur ou d'apprécier l'efficacité d'un traitement.

Pour l'évaluer, on doit ainsi rechercher son type (aiguë ou chronique), son intensité, sa localisation, sa temporalité (si elle survient le matin au réveil, après l'effort, depuis combien de temps elle est installée par exemple) et son traitement (s'il y a par exemple une position antalgique ou au contraire algique). Plus la description sera précise, plus il sera simple au corps médical de trouver un traitement adapté. Il faut également la tracer, pour permettre de comparer la douleur et d'en apprécier son évolution.

Pour cela, on utilise des échelles. Pour qu'il y ait une certaine cohérence dans la prise en soin, il est préférable que l'ensemble de l'équipe soignante utilise la même échelle pour un patient. L'équipe a le choix entre une échelle d'auto-évaluation et une échelle d'hétéro-évaluation. Celle d'auto-évaluation visera à demander au patient de noter sa douleur et lui permettra de la retranscrire objectivement. Celle d'hétéro-évaluation se fait d'un point de vue extérieur au patient, c'est le soignant qui va évaluer la douleur. Il obtiendra un score en fonction des critères qu'il cochera ou non.

On peut par exemple citer les échelles Algoplus et Doloplus que l'on peut utiliser chez des patients dont la communication est altérée ou chez des patients souffrants de troubles cognitifs. On peut également l'utiliser chez les jeunes enfants avec l'Envendol, en plus de l'échelle des visages. Pour certains patients pour lesquels il est plus difficile d'utiliser l'EN (Echelle Numérique), qui demande de quotter sa douleur sur une échelle de un à dix, on utilisera l'EVS (Echelle Verbale Simple). Le patient dira alors si sa douleur est absente, faible, modérée, intense ou extrêmement intense (Elmer, 2009).

Pour certains patients, le soignant peut demander l'aide d'une personne ressource pour repérer et évaluer la douleur. Par exemple chez l'enfant, le parent pourra remarquer un changement de comportement, une augmentation des pleurs, une perte d'appétit ou de sommeil (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.28). Il faut donc adapter l'échelle de la douleur au patient.

En plus de ces échelles, le soignant peut s'appuyer sur la clinique du patient. Ces éléments cliniques ne sont pas spécifiques à la douleur mais en sont tout de même de bons indicateurs. Par exemple, une douleur pourra entraîner une sudation palmaire, une tachycardie, une tachypnée ou encore une variation de l'amplitude respiratoire. (Elmer, 2009).

2.5) Des moyens thérapeutiques variés

Après avoir évalué une douleur présente chez un patient, il faut la traiter. C'est une obligation, « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé L'article L1110-5 précise que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » (Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes, s.d.). Plusieurs moyens s'offrent au soignant. Le plus courant est l'administration d'antalgique en fonction du protocole du service et de la prescription médicale. L'antalgique est un médicament destiné à lutter contre la douleur. Il en existe trois catégories établies par l'Organisation Mondiale de la Santé : les non opioïdes, les opioïdes faibles et les opioïdes forts. Ils seront choisis en fonction de plusieurs facteurs comme la typologie et l'intensité de la douleur ou encore la voie d'administration. En plus de l'effet antalgique, certains ont un effet antipyrétique, ce qui peut jouer un rôle dans la notion de la perception de la douleur ou de synergie, couplés avec d'autres antalgiques. Les antalgiques non opioïdes sont utilisés le plus souvent dans le cas de douleurs nociceptives aigües faibles à modérées. D'après la Société d'étude et de traitement de la douleur « Les opioïdes faibles sont prescrits pour des douleurs nociceptives modérées, soit d'emblée, soit lors d'échec d'un antalgique de niveau 1 »

(Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.68) et la prescription d'opioïdes forts est recommandée lorsqu'il les opioïdes faibles n'ont pas fonctionnés, en première intention lors d'une forte douleur ou dans le cas de douleurs nociceptives. (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.68). Ces médicaments peuvent se présenter sous plusieurs formes galéniques, ainsi ils peuvent être administrés par voie intraveineuse ou par voie cutanée pour une action locale. En plus des opioïdes forts, le traitement des douleurs neuropathiques peut se faire grâce aux antidépresseurs ou aux antiépileptiques (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.65). Couplée aux antalgiques, l'utilisation de gaz anesthésiant comme le Meopa peut être utilisé lors de gestes douloureux (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.57).

Des méthodes non-médicamenteuses peuvent aussi être utilisées dans le traitement de la douleur. Parmi celles-ci, nous pouvons retrouver la physiothérapie par l'application de pack chaud ou froid (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.74) ou encore la technique de neurostimulation cutanée qui peut soulager une douleur persistante par l'application d'un faible courant électrique (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., p.75). Le travail en pluridisciplinarité est également important. Permettre aux patients d'adopter une bonne posture de part l'ergothérapie ou encore la kinésithérapie peut lui permettre de soulager et/ou prévenir une douleur (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., pp.74-75). L'utilisation de méthodes psycho corporelles peut aussi être bénéfique dans le traitement de la douleur comme la relaxation ou l'hypnose. Elles vont permettre au patient d'acquérir une approche différente de leur corps, ce qui va apporter une sensation agréable, diminuer l'anxiété liée à la douleur mais aussi lui permettre de se décentrer de celle-ci (Société d'étude et de traitement de la douleur, s.d., pp.76-77).

3) La communication thérapeutique, une communication antalgique

3.1) Comprendre la communication thérapeutique

Comme vu précédemment, des moyens autres que médicamenteux peuvent être utilisés dans le soulagement de la douleur. La communication thérapeutique en fait partie. D'après le dictionnaire Larousse (s.d.), communiquer, c'est le fait de « communiquer, de transmettre quelque chose ». Le message (l'information) est envoyé par l'émetteur et reçu par le récepteur. Le message est diffusé par un canal, cela peut être une voix, un écrit, une attitude, un regard. Il y a souvent ce qu'on appelle un feedback. Cela permet de s'assurer de la bonne réception du message par le récepteur. La communication est verbale à 7%, non verbale à 55% et para-verbale à 38% comme le rappelle l'infirmière anesthésiste Laurence Piquard (2018). La communication verbale passe par la

syntaxe. La communication non verbale passe par les mouvements du corps, la posture, les mimiques, les expressions, du visage et la respiration. Pour finir, le rythme, le timbre, le volume, le débit, l'intonation de la voix mais aussi les silences font parti du langage para-verbal.

On appelle thérapeutique la « Partie de la médecine qui s'occupe des moyens médicamenteux, chirurgicaux ou autres, propres à guérir ou à soulager » (Larousse, s.d.). La communication thérapeutique est donc un moyen de soulager. Selon le médecin anesthésiste réanimateur Arnaud Gouchet (s.d.), « La Communication Thérapeutique est une communication qui possède des vertus anxiolytiques et antalgiques, indépendamment de tout apport pharmacologique. » et selon la psychologue clinicienne Anna Hamlat (s.d.), « La communication thérapeutique est avant tout une technique d'écoute et d'échange qui favorise l'émergence d'un travail thérapeutique. ». Laurence Piquard (2018) rappelle qu'elle « permet de créer du lien, d'échanger et de recevoir des informations ». Cette technique passe donc par l'écoute et l'échange actif fait par le soignant sur le patient pour permettre un soulagement de l'anxiété et de la douleur.

3.2) La confiance et l'alliance thérapeutique, pré-requis de la communication thérapeutique

L'un des pré-requis à la communication thérapeutique est la confiance entre le soignant et le soigné et l'alliance thérapeutique, comme le rappelle Laurence Piquard (2018).

La confiance selon le dictionnaire Larousse (s.d.) c'est le « sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose ». Piquard (2018) rappelle qu'elle se crée en validant le stress et l'anxiété du patient, en ayant une proxémie adaptée et en se mettant au niveau du patient.

L'alliance thérapeutique, d'après F. Bernard et H. Musellec (médecins anesthésistes-réanimateurs et formateurs en hypnose et communication thérapeutique), c'est une « relation de confiance permet[ant] d'optimiser la coopération du patient nécessaire au soin » (2020, p.24 de la préface). Elle se construit en transmettant une « information claire qui permet d'éviter tous les malentendus et d'aider les patients dans la prise de décisions » (Bernard & Musellec, 2020, p.24 de la préface) et en mettant en place un « objectif commun au patient et au soignant et au-delà avec la famille et l'ensemble des acteurs du soin » (Bernard & Musellec, 2020, p.24 de la préface). Pour L. Piquard (2018), cette alliance passe aussi par une attitude, en adoptant une voix douce et rassurante, en se présentant au patient, en appelant le patient par son nom, mais aussi en ayant le sourire.

L'association de cette alliance thérapeutique, de cette confiance en plus de différentes méthodes forme la communication thérapeutique.

Pour éclaircir certains outils de communication thérapeutique, il est important d'expliquer ce qu'est la transe. Comme l'expliquent Dr Bernard et Dr Musellec (2020), la transe ou la conscience en mode hypnotique est un état dans lequel le sujet adoptera une certaine indifférence à l'extérieur, des perceptions modifiées, une hyper-suggestibilité et un lâcher-prise. Il existe différents types de transe, la transe spontanée qui est un mécanisme naturel et protecteur, qui permet au sujet de faire passer le temps plus vite. Dr Bernard et Dr Musellec (2020) nous donnent l'exemple d'un parcours ennuyeux en conduite automobile (p. 26). Il existe ensuite la transe induite, créée soit par l'« intervention de la volonté du sujet lui-même ou d'un tiers, soit ... par un événement mobilisant toute l'intention du sujet » (Bernard & Musellec, 2020, p.26). Elle peut être volontaire, lors de l'utilisation de techniques d'hypnose. On l'appellera alors transe hypnotique. Elle peut aussi être involontaire, créée lors d'un événement avec des « circonstances émotionnelles très fortes » (Bernard & Musellec, 2020, p.26). Il y a alors une « modification des perceptions, [une] altération du jugement cognitif et de l'esprit critique » (Bernard & Musellec, 2020, p.28). On l'appellera alors transe d'alerte ou négative.

3.3) Une multitude de techniques

Les outils de communication se basent sur les 3 types de langages, le verbal, le non verbal et le para-verbal.

Comme elle est essentiellement non verbale, étudions d'abord celle-ci. L'une des premières techniques passe par notre aspect, notre attitude, par exemple « le sourire est une manifestation importante de la communication non verbale car c'est une réponse à une réponse empathique » (Bernard & Musellec, 2020, p. 60) ou encore le regard qui « peut être réconfortant » et qui peut intensifier « une interrelation agréable » ou permettre « d'accompagner un geste inconfortable ». (Bernard & Musellec, 2020, p.61). Le soignant peut également jouer sur la notion de proxémie, qui est « la distance qui s'installe entre deux personnes en interrelation » (Bernard & Musellec, 2020, p. 62). Comme l'explique F. Bernard et H. Musellec (2020), « Chacun a une distance de sécurité qui définit une sorte de territoire interdit à l'autre. » (p.62). Il faut adapter cette distance en fonction de l'individu, de l'origine socioculturelle du patient mais aussi du degré d'intimité entre le patient et le soignant pour leur permettre de se sentir à l'aise dans cette relation. Lorsque le patient sera introverti, le soignant adoptera une distance plus importante. Ou encore comme ils l'expliquent,

« dans les pays latins, les distances sont relativement courtes » (Bernard & Musellec, 2020, p.63), la distance interindividuelle sera donc influencée par l'origine du patient. De plus, il existe différentes sphères, l'intime, la personnelle, la sociale et la publique, qui sont plus ou moins grande. On adoptera une distance plus importante pour la sphère publique que pour la sphère personnelle par exemple. Cependant, lors de soins, « la notion de distance interindividuelle s'atténue » (Bernard & Musellec, 2020, p.64), le soignant peut alors se permettre de toucher le patient. Le soignant peut aussi user du contact qui peut favoriser l'alliance thérapeutique. En effet, il apporte de nombreux bénéfices utilisés à bon escient. Le patient peut trouver que le soignant est « plus chaleureux et digne de confiance » (Bernard & Musellec, 2020, p.67) ou il peut encore diminuer son stress rien qu'en sentant un contact physique léger de la part du soignant. (Bernard & Musellec, 2020, p. 67). Mais il faut être vigilant dans l'utilisation du toucher, il ne doit pas être insistant, ne doit pas excéder deux contacts, et certaines zones sont à proscrire comme les hanches, la poitrine et le visage, jugées trop intimes. Le patient acceptera plus facilement le toucher au niveau des épaules, du dos et des avant-bras, bien que cela dépende également de l'origine socio-culturelle et de la proxémie que le soignant entretient avec lui. (Bernard & Musellec, 2020, p.69)

Nous allons ensuite nous intéresser au langage para-verbal, deuxième canal le plus utilisé lors de la diffusion d'un message. Rappelons-le, c'est la manière dont on va parler, dont on va utiliser notre voix ou les silences. La voix permet d'exprimer nos émotions, elle va changer de timbre, de volume, d'intonation, de hauteur mais aussi de débit et de rythme en fonction de celles-ci (Bernard & Musellec, 2020, pp.70-71). Ainsi, « plus le timbre est grave, plus il est rassurant et va entraîner l'adhésion de l'interlocuteur » (Bernard & Musellec, 2020, p.70). De plus, un « rythme de phrasé lent et calme est préférable » (Bernard & Musellec, 2020, p.71). Bernard et Musellec (2020) expliquent également que le respect des silences est primordial car ils permettent de laisser le temps au patient de verbaliser et d'exprimer ses émotions. Le soignant l'utilisera pour observer son langage non-verbal (p.71).

Et pour terminer, nous allons nous intéresser aux techniques dans le langage verbal. Tout d'abord, pour permettre de capter le langage verbal du patient, il faut le laisser s'exprimer en utilisant les questions ouvertes et lui laisser des temps de silence. (Bernard & Musellec, 2020, p.75). Ainsi, pour capter ce langage, le soignant se doit d'être à l'écoute du patient en usant de son empathie. C'est une « attitude d'écoute active en prenant en compte la réalité du patient et sans préjugé de ses sentiments dans l'objectif de répondre à ses attentes » (Bernard & Musellec, 2020, p.77). Elle repose sur « 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 » (Bernard & Musellec, 2020, pp. 75-76). De cette façon, le patient ne se sentira pas jugé, ce qui renforcera

l'alliance thérapeutique. Regardons de plus près les techniques employées directement par le soignant. Tout d'abord, pour instaurer une communication efficace, le soignant doit se faire comprendre par le patient. Il se doit d'utiliser un vocabulaire adapté aux connaissances du patient, simplifier les termes médicaux pour lui permettre de comprendre le soin et ses objectifs. C'est l'adaptation au niveau linguistique. (Bernard & Musellec, 2020, p.80). On utilisera le registre de vocabulaire du soigné, ce qui lui permettra de se sentir entendu et compris (Bernard & Musellec, 2020, p.81). Pour savoir si le patient nous a bien compris, on pourra utiliser la reformulation, une sorte de feed-back, elle reprendra « les mots ou les expressions à valence émotionnelle (peur, angoisse, conflit, douleur) » (Bernard & Musellec, 2020, p.81). Elle permettra de confirmer notre compréhension des propos du patient mais aussi pour lui permettre de poursuivre l'entretien. (Bernard & Musellec, 2020, p.81). Ensuite lors de l'échange, le soignant pourra choisir son vocabulaire utilisé. Il pourra employer des mots positifs. Comme le rappelle L. Piquard (2018), lors de l'hospitalisation « le patient, en état de transe négative, est focalisé sur ses craintes, ses angoisses et ses peurs. Il convient donc d'éviter les mots anxiogènes et les phrases négatives, le cerveau n'entendant pas les négations. ». Par exemple, on utilisera le champ lexical du confort lors des soins pour ne pas induire une douleur. Cela permet tout de même de tracer une douleur sans la nommer directement (Bernard & Musellec, 2020, p.87).

Pour résumer, différentes techniques s'offrent à nous lors d'une communication et ce, en utilisant différents canaux. Pour le langage non-verbal, nous serons attentifs à la juste distance adoptée avec le patient, aux zones de contact autorisées par celui-ci mais aussi au fait d'adopter une attitude bienveillante et rassurante. Pour le langage para-verbal, nous jouerons sur l'aspect de notre voix mais aussi au respect des temps de silence du patient. Et pour finir, pour le langage verbal, nous devrons laisser au patient l'opportunité de s'exprimer en utilisant des questions adaptées mais nous devons également être attentifs au fait qu'il nous comprenne et que nous le comprenons. Le choix des mots est également primordial, pour éviter d'induire des peurs, des angoisses et des douleurs.

3.4) Ses bénéfices

Comme nous l'avons vu précédemment, les techniques de communications thérapeutiques apportent de nombreux bénéfices. Premièrement, elles instaurent un climat de confiance entre les deux interlocuteurs. Le soignant valide les émotions du patient, ce qui lui permet de se sentir écouté et compris. De plus, le choix du vocabulaire par le soignant permet au patient de se sentir en sécurité et de ne pas se focaliser sur ses craintes ou sentiments négatifs. Puis le soignant s'assure que le patient comprend son message, ce qui permet de renforcer son adhérence aux soins et aux projets

de soins. Tout cela renforcera l'alliance thérapeutique et la relation de confiance entre le soignant et le soigné et permettra alors au patient de moins appréhender son hospitalisation.

3.5) Petit zoom sur l'hypnose

D'après Elisabeth Barbier (infirmière hypnothérapeute), « l'hypnose est une attitude naturelle de concentration interne dont nous avons tous l'expérience » (2008, p. 23). Comme nous l'avons vu précédemment, il peut nous arriver de rentrer en transe dans notre quotidien pour faire passer le temps plus vite (Bernard & Musellec, 2020). Comme l'indique Piquard (2018), il existe deux types d'hypnose, la conversationnelle et la formelle. Toute deux utilise la communication thérapeutique mais contrairement à celle-ci, il faut être formé pour l'utiliser. L'hypnose conversationnelle permet d'attirer l'attention du patient afin d'améliorer son ressenti et son confort » (Piquard, 2018). Pour cela, le soignant va utiliser ce que nous appelons la focalisation. Il en existe plusieurs techniques. Il y a celles basées sur la respiration, le patient se concentrera dessus ou sur l'accomplissement d'une tâche cognitive comme « demander au patient de trouver cinq animaux qui commencent par la lettre M » (Piquard, 2018). Et enfin, le soignant peut jouer sur l'effet de surprise ou utiliser des propos incohérents comme lui demander « avez-vous pris votre « esperluette » ce matin » (Piquard, 2018) lors d'un geste technique. Pour ce qui est de l'hypnose formelle, elle allie en plus de la communication thérapeutique et de la focalisation, la dissociation. Elle permet d'accompagner « un patient dans un endroit favori et rassurant, un souvenir agréable ou même une projection positive » (Piquard, 2018).

L'autohypnose lors de douleurs chroniques peut également être bénéfique. Pour Barbier (2008), cela va lui permettre d'apprendre à faire collaborer son esprit et son corps.

L'hypnose va alors permettre au patient d'être acteur de son soin et de renforcer la relation soignant/soigné. (Barbier, 2008)

III) ...A la pratique, méthodologie de l'enquête

1) Les objectifs

Les objectifs de mes entretiens étaient diverses. D'abord, je voulais comprendre comment les soignants prenaient en soin un patient douloureux. Je voulais savoir s'ils mettaient en lien la prise en soin et le soulagement de la douleur. Je voulais également savoir, quels étaient leurs moyens de prise

en soin autre que la communication thérapeutique. Finalement je voulais en connaître plus sur la pratique de la communication thérapeutique dans un service et savoir s'ils y voyaient des bénéfices dans la prise en soin d'un patient douloureux.

2) L'outil d'enquête

La vision des soignants est subjective. Pour cela, il me fallait mener un entretien pouvant leur laisser la possibilité de développer leurs pensées. J'ai donc choisi d'utiliser un entretien semi-dirigé.

3) L'organisation de l'entretien

Je voulais m'entretenir avec une infirmière formée à l'hypnose et à la communication thérapeutique mais aussi avec une infirmière non formée. Je voulais apprécier la différence de l'utilisation ou non de la communication thérapeutique dans la prise en soin d'un patient douloureux. J'ai donc contacté une infirmière avec qui j'avais travaillé pendant les vacances d'été et que je savais ouverte à faire cet entretien. Je savais qu'elle n'était pas formée en communication thérapeutique. Pour ce qui était de l'infirmière formée, je n'avais pas de contact de mon côté. Christine LeBihan, ma directrice de mémoire, m'a transmis l'une de ses contacts, une ancienne collègue. J'ai d'abord pris contact avec elles par mail pour poser une date pour l'entretien en visioconférence dû à la covid. Je voulais d'abord m'entretenir avec l'infirmière non formée, pour que l'apport de connaissance se fasse graduellement. Lors de mes entretiens, j'ai pu directement enregistrer l'entièreté du rendez-vous grâce à l'application Meet.

4) Le bilan des entretiens

Tout d'abord, malgré le fait que je me sois entraîné en amont avec une amie, je me suis trompée de première question et ai donc dû changer l'ordre de celles-ci. Cela m'a déstabilisé.

Le deuxième entretien, fait avec l'infirmière formée, a duré très longtemps, environ une heure et demie. Il était très riche mais m'a demandé un temps considérable pour le retranscrire correctement.

Et puis finalement, je pose un point faible dans le choix des soignants. L'entretien avec l'infirmière non diplômée ne pas apporté des connaissances ou des ressources supplémentaires à

l'autre entretien. L'infirmière était diplômée de 2019, ce qui fait qu'elle n'avait pas énormément d'expérience. Peut-être, aurais-je dû choisir une infirmière non formée mais avec plus d'expériences ?

IV) L'analyse descriptive

Pour agrémenter les visions des auteurs, j'ai pu mener deux entretiens avec deux infirmières différentes. L'une d'elle, Rose, non formée en communication thérapeutique et travaillant dans un EHPAD, l'autre, Isis, formée en communication thérapeutique et hypnose formelle, ayant également un DU en douleur et travaillant dans un service de chirurgie vasculaire dans un Centre Hospitalier Universitaire. Elles ont alors exprimé leurs visions de la prise en soin, de la communication thérapeutique et de la prise en soin de la douleur.

Pour ce qui est de leurs visions de la prise en soin, toutes deux s'accordent pour dire que cela correspond à connaître le patient. C'est pour Rose : « Apprendre à le connaître, apprendre ses besoins, ses envies, ses désirs » et pour Isis, c'est le fait de « comprendre pour pouvoir peut être mieux les aider ». Isis et Rose expliquent que c'est en construisant une relation avec le patient qu'on y arrive. Rose ajoute que « c'est à nous de nous adapter à chaque personne et à ses besoins. » et Isis précise que dans cette prise en soin, on se doit d'être « bienveillant avec lui, [de] le respecter, [de] ne pas le juger » et de faire preuve d'empathie.

Les deux infirmières vont utiliser la communication et l'observation pour permettre d'adapter au mieux la prise en soin. Isis nous dit « L'observation et l'écoute, c'est très important » et quant à Rose, elle nous parle d'échange et de discussion. Isis précise qu'il faut « avoir des paroles rassurantes, des mots positifs », qu'il faut prendre le temps et « sécuriser le patient tout le temps ». Rose, qui elle, travaille en Ehpac, donc sur de la longue durée, utilise le « projet d'accompagnement personnalisé » dans sa prise en soin.

J'ai ensuite interrogé les deux infirmières sur les composantes de la douleur après en avoir rappelé la définition. Rose n'a pas redéfini les différentes composantes. Isis a rajouté que la douleur est « multidimensionnelle ». Elle explique ensuite les différents types de douleurs en lien avec les spécificités de son service. Il y a donc les douleurs aiguës, dans son cas souvent liées au postopératoire immédiat. Parmi ces douleurs, il y a les douleurs induites, qui apparaissent suite à l'intervention du soignant. Elle souligne que les douleurs aiguës sont plus simples à prendre en soin que les autres douleurs car ce sont des douleurs qui cèdent facilement suite à la prise d'antalgique.

Elle définit ensuite ce que sont les douleurs chroniques, c'est-à-dire qu'elles sont « présentes plus de trois mois après les premières douleurs », elles se chronicisent car le patient « est comme dans un état de dissociation, c'est-à-dire que ton patient est tout le temps dans ce qu'on appelle la transe d'alerte ». Et pour finir, il y a les douleurs neuropathiques, qui se manifestent en présence de « lésions nerveuses », les douleurs du membre fantôme en font parti.

Un point important dans la prise en soin de la douleur est son évaluation. Les deux infirmières vont préciser que les outils d'évaluations dépendront des capacités du patient à s'exprimer ou non. Pour un patient capable de s'exprimer, elles iront lui demander de le faire avec, par exemple, pour Isis « l'échelle verbale simple ». Elle utilisera aussi « l'échelle numérique », bien qu'elle précise que celle-ci peut induire « une douleur en parlant de douleur ». Elle préfère donc évaluer le confort car ce « n'est pas perçu de la même façon par les patients ». Toutes deux nous précisent que pour les personnes non communicantes, elles utiliseront l'AlgoPlus qui permet d'évaluer la douleur visuellement grâce à l'appréciation « du faciès, des cris, des gémissements » comme nous précise Rose. Elle ajoute également qu'il est important de savoir quand la douleur est présente. Elle, qui prend en soin les résidents sur le long terme, va aussi se baser sur l'évaluation du comportement, s'il est « inhabituel par rapport à d'habitude ».

Les deux infirmières insistent sur l'importance de l'évaluation de la douleur. Pour Rose, « c'est de là que ses actions vont [...]découler », c'est donc la base de la prise en soin. Cela permettra au médecin de « mettre en place des antalgiques ». Isis rappelle que « c'est une obligation », elle fait partie du rôle propre infirmier et que lorsqu'on la traite, « il faut réévaluer après » pour permettre ainsi d'ajuster les antalgiques et donc la prise en soin.

Pour accompagner un patient dans la douleur, les deux infirmières évoquent l'administration d'antalgique. Isis a un protocole bien défini lors des retours d'opération « je donne en systématique [...] le paracétamol toutes les 6 heures, l'acupan toutes les 6 heures, les morphiniques suivant ton évaluation et après, on continue si les interdoses sont trop nombreuses, on donne des morphiniques à effet prolongé ». Elle précise également qu'elle utilise ces antalgiques, du pallier 1 au pallier 3, lors des soins mais aussi le Meopa lors de soins douloureux. Elle se renseignera également sur la prise d'antalgique avant toute consultation pansement pour permettre d'en donner si besoin est et de rendre le soin plus confortable. Rose, elle, applique le protocole du médecin généraliste, si les douleurs sont fréquentes, elle applique un patch analgésique ou bien elle donne des antalgiques comme le paracétamol en systématique. Si les douleurs sont causées par la réfection de pansement et qu'elles sont importantes, il va alors y avoir une administration de morphine. Isis insiste sur le fait que l'accompagnement d'un patient douloureux ne passe pas seulement par le fait de traiter sa

douleur mais aussi par le fait de prendre en compte l'anxiété, la peur liée au soin car les patients «anticipent cette douleur parce qu'ils savent qu'ils vont avoir mal » et qu'ils seront « un peu en hyper suggestibilité parce qu'en fait tous [leurs] sens vont être amplifiés ». Les mots, les images, les ressentis et même les odeurs vont focaliser sa peur. L'accompagnement se fait également pour le patient et la famille en dehors des soins, vient ici un accompagnement social. En effet, leur douleur est tellement ancrée dans leur quotidien, qu'ils vivent par le passage de l'infirmière. Il y a un tel « impact social et émotionnel » que bien souvent « le conjoint ou la conjointe [en est] impacté », le but est alors de faire comprendre à la famille entière qu'ils peuvent vivre autour de cette douleur et de cette plaie tout en validant cette douleur.

Pour ce qui est du sujet de la communication thérapeutique (une des deux infirmières n'ayant pas de formation en communication thérapeutique) cela donne lieu à des visions très différentes. En effet, pour Rose, elle correspond à la communication quotidienne avec le patient, c'est une communication qui s'adapte à toute prise en soin. Isis, elle, explique que la communication thérapeutique va l'être à partir du moment où tu apporte un confort à ton patient avec celle-ci. Elle l'emploie donc dans un but de confort. Elle y apporte même les résultats d'une étude montrant que la manière dont on apporte un antalgique, en vantant ses mérites ou non, avait un impact sur son efficacité sur le patient. La manière dont on communique avec le patient influe donc sur l'efficacité de la prise en soin. Pour les deux infirmières, la communication thérapeutique passe par le fait de toujours dire au patient ce que l'on fait, Isis explique que « si on leur ment, on n'est pas communiquant et on peut perdre aussi justement, ce lien relationnel et cette confiance, donc il ne faut pas leur mentir, mais en même temps, il faut essayer de les rassurer et utiliser d'autres termes », Rose précise donc qu'il faut leur dire ce que l'on va faire, comment on va le faire pour permettre au patient de se rendre compte du soin. L'emploi d'un vocabulaire positif est aussi utile, Isis explique que lorsque l'on emploie la négation « le patient n'entend que la négation ». Elle dit donc « rassurez vous, soyez rassuré », elle utilise aussi des mots comme « tranquillement », « doucement », elle parle de « sensation de fraîcheur » au lieu d'évoquer une sensation de froideur. Il est également important d'individualiser sa prise en soin, Rose explique que «tu dois t'adapter toujours à ton résident ». Isis souligne qu'il faut essayer de trouver « le canal sensoriel de ton patient ». En effet, on « communique avec nos sens ». Lorsque le patient est dans le toucher, le ressenti, il est kinesthésique, il faut donc employer alors les mots « je ressens bien, je comprends bien ce que vous me dites ». Si le patient est auditif, il faut dire « j'entends bien ce que vous me dites » et enfin s'il est visuel, il faut dire "je vois bien ce que vous me dites.». Rose explique qu'elle garde toujours « une distance professionnelle ». Isis, elle, précise qu'il est important de se mettre en position basse, de se mettre à la hauteur des patients et donc parfois de s'asseoir sur les lits. C'est ce qu'on appelle du

« mirroring gestuel de posture », « je m'assois puis si mon patient est assis à côté de moi, qui croise les bras je vais croiser les bras, mais il ne va pas s'en rendre compte. En fait, ça permet de rentrer encore plus sur la communication avec lui. Et [...] ça rassure ». Il existe aussi le « mirroring verbal où tu vas reprendre les mots, parfois même l'intensité » du patient. Elle explique que « parfois, tu as des patients qui peuvent être agressifs. Alors tu vois, moi, je leur dis "je valide cet inconfort, je comprends. C'est vrai que ce n'est pas normal que vous ayez des douleurs comme ça." ». Elle indique également qu'il est important de valoriser le patient car « tout est très bien en hypnose et en com thérapeutique, même si ce n'est pas bien c'est très bien quand même ». Elle explique que la voix a une place primordiale, les voix graves sont plus rassurantes. Le silence et le respect de ces temps de silence sont également importants. Il faut avoir une certaine capacité d'improvisation car « on brode beaucoup » en communication thérapeutique. Lors des soins, il faut détourner l'intention. Elle utilise parfois de la musique ou elle parle avec le patient. Il faut être persuasif, en faisant des « petites inductions » pas de façon « formelle ». Elle travaille beaucoup sur la respiration car c'est antalgique. Elle explicite en disant qu'elle utilise le pacing respiratoire, elle se synchronise à la respiration de ses patients et elle va faire des inductions au moment de l'expiration, cela permet aux patients de s'apaiser. Elle utilise de ce fait « l'auto suggestion », elle donne alors au patient « des suggestions de bien être et de confort ». Isis va également citer plusieurs outils de communication thérapeutique comme « le lieu de sécurité », le fait de « chosifier la douleur », l'utilisation de « la pommade magique » et du « comme si » qui permet de rentrer dans l'imaginaire du patient sans faire de transe formelle ou d'hypnose. Pour finir, elle évoque l'utilisation du « gant magique » pour les enfants. Elle adapte les techniques utilisées en fonction des patients.

Les deux infirmières trouvent dans la communication thérapeutique un moyen de préparer le patient ou le résident au soin. De ce fait, Rose précise qu'il « ne sont pas surpris ». Ainsi, comme le souligne Isis, le soignant travaille sur « l'anticipation de la douleur ou de la peur », cela amènera le patient à moins avoir mal lors du soin. Elle soulignera même que la communication est la base du soin car « si tu n'as pas de communication, tu ne crées pas le lien », tu ne crées pas « la relation de confiance ».

Concernant l'hypnose, Isis étant la seule à avoir fait la formation et donc à avoir participé à une séance, elle seule prit la parole. Elle insiste avant tout sur la recherche de consentement avant une séance. Elle explique également le fonctionnement de l'hypnose, le fait que le patient soit conscient lors de la séance, « vous entendrez tout ce qui se passe dans la pièce » et surtout le fait de rendre le soin plus rassurant, le mettre dans un « état où il est bien ». Lorsqu'elle a appris l'hypnose, elle faisait un listing des lieux où le patient voulait être, ect... Maintenant, elle ne demande plus, elle reste alors floue dans ses suggestions pour ne pas brider le patient. Parfois les patients ne vont nulle

part mais ils sont tout de même confortables. Comme pour la communication thérapeutique, dans l'hypnose, Isis travaille beaucoup sur la respiration, en faisant ses inductions dessus. L'un des buts de l'hypnose est de faire « retrouver le mouvement » au patient, « c'est vraiment leur redonner la sensorialité. Elle leur fait par exemple « bouger les mains ». Cela leur permet de rendre le patient autonome pour qu'ils puissent « se gérer ».

Parmi les bénéfices qu'elle tire de l'hypnose, il y a tout le travail sur la « douleur, sur l'anxiété, les peurs » mais elle précise aussi que cela apporte aussi beaucoup de bien-être au soignant, elle indique que cela lui « a changé [la] vie », « C'est gratifiant le retour que font les patients. Oui, je suis sereine, je suis bien. ».

V) La discussion

1) La prise en soin

1.1) Apprendre et comprendre pour mieux soigner

Lors des entretiens, les deux infirmières ont affirmé que la prise en soin passait par l'appréhension et la compréhension des patients pour pouvoir au mieux les aider et répondre à leurs besoins. Cela nous renvoie donc à la théorie des 14 besoins de Virginia Anderson. Rose rappelle qu'il faut s'adapter aux besoins du patient, montrant donc une forme d'adaptabilité et d'individualisation de la prise en soin. Cela rappelle la vision de W. Hasbeen sur la prise en soin, « Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie » (concept de soin de l'IFSI de Troyes).

Cependant, aucune des deux infirmières n'a parlé de préservation de l'autonomie, concept rencontré de nombreuses fois dans les points de vue des auteurs tels que W. Hasbeen ou encore Virginia Handerson. On peut penser qu'elle était peut-être sous-entendue lorsqu'elles évoquaient la satisfaction des besoins des patients.

Isis, quant à elle, définit aussi la prise en soin par une attitude, le soignant se doit d'être dans le respect du patient, d'être bienveillant et dans le non-jugement. Ces attitudes sont, en effet, indispensables dans une prise en soin de qualité. La préservation de l'autonomie et la satisfaction du patient passent par le respect de ses choix.

Pour ma part, la définition de prise en soin conclue lors du cadre théorique qui est celle-ci « La prise en soin, c'est l'aide apportée par un soignant à un patient dans une démarche holistique et individualisée lui permettant d'atteindre un niveau de bien-être et d'autonomie qui lui est propre. » me correspond totalement. Le respect de l'autonomie est pour moi primordial, grâce à celle-ci, le patient pourra de lui-même satisfaire à une partie de ses besoins et s'il n'en est pas capable, le personnel soignant sera présent pour l'aider.

1.2) Le relationnel, principal outil de prise en soin

Rose et Isis basent la prise en soin sur des temps d'écoute, d'observation, mais aussi d'échange. Elles utilisent alors le relationnel comme moyen de prise en soin. Cela renvoie à l'article R 4311 – 2 du code de la santé publique qui indique que le soignant doit user de ses qualités relationnelles avec le malade pour le prendre en soin. Isis précise même qu'il est important d'assurer la sécurité du patient à tout moment. Nous pouvons retrouver cette idée dans le mouvement du caring propulsé par Florence Nightingale qui veut que le bien-être physique, mental et social fassent parti eux trois de la santé.

Cependant, nous pouvons retrouver dans l'article R 4311 - 2 du code de la santé publique la notion de qualités techniques, éducatives, mais aussi du rôle de prévention du soignant comme moyen de prise en soin du patient par l'infirmier. Cela n'a pas été évoqué par les deux soignantes.

2) La douleur

2.1) La douleur, concept complexe et multidimensionnel

Isis reconnaît plusieurs types de douleurs. D'abord, elle explique qu'il existe les douleurs aiguës, qui sont pour son cas, les plus simples à prendre en soin, car elles cèdent rapidement suite à l'administration d'antalgiques. Elle précise que les douleurs induites par l'intervention du soignant font partie des douleurs aiguës. Nous retrouvons cette notion de prise en soin efficace de la douleur aiguë chez Dr. Delorme (2000) qui explique que lorsque qu'elle peut se soigner, son traitement « entraîne un soulagement radical » (p.31). Elle cite ensuite les douleurs chroniques qui sont « présentes plus de trois mois après les premières douleurs ». Dr Delorme (2000) précise que la « lésion initiale a parfois disparu » (p.31) et que « La chronicité s'explique moins par le facteur temps que par la capacité d'adaptation du sujet à cette situation et l'existence de cercles vicieux » (p.31). Ce

défaut d'adaptation du sujet à une situation ou à l'existence de cercles vicieux peut être mis en lien avec le concept de transe d'alerte dont nous parle Isis. Pour rappeler, la transe d'alerte, expliquée par Bernard et Musellec survient lors d'événements avec des « circonstances émotionnelles très fortes » (Bernard, Musellec, 2020, p.26) et a pour conséquent une « altération du jugement cognitif et de l'esprit critique » (Bernard, Musellec, 2020, p.28). Cette altération peut sûrement expliquer le fait que le patient n'arrive pas à s'adapter à la situation.

En plus des douleurs aiguës et chroniques, Isis nous explique que dans son service elle rencontre aussi les douleurs neuropathiques, qui sont présentes lors de lésions nerveuses. Sessi Acapo (2019) nous donne une définition similaire en précisant que cela peut affecter le système nerveux central ou périphérique.

En plus de cela, Sessi Acapo nous décrit la douleur nociceptive, créée lors d'une lésion tissulaire et donc pas l'activation des nocicepteurs et pour finir la douleur nociplastique, créée sans lésion apparente.

2.2) S'adapter et observer pour mieux évaluer

Isis rappelle tout d'abord que c'est une action du rôle propre infirmier, en effet d'après la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il est de notre devoir d'évaluer, prévenir, prendre en compte et traiter une douleur. (**Syndicat National des Infirmier(e)s-Anesthésistes, s.d**). Rose et Isis expliquent alors que leurs manières d'évaluer une douleur dépendra de la capacité ou non du patient à s'exprimer. Elles parlent toutes deux de l'échelle verbale simple ou numérique pour un patient pouvant s'exprimer et l'échelle Algoplus pour un patient qui n'en ai pas en capacité, nous avons rencontré ces échelles plus tôt dans les différentes échelles pouvant être utilisées décrites par Elmer (2009). Rose va également rechercher quand la douleur est présente ce qui correspond à sa temporalité, elle aussi décrite par Elmer. Isis, quant à elle, précise qu'il faut réévaluer la douleur, ce que nous pouvons mettre en lien avec les propos d'Elmer (2009) disant qu'il faut évaluer l'efficacité de son traitement.

Elmer (2009) précise en plus qu'il faut évaluer le type de douleur, son intensité, sa temporalité, mais que nous pouvons également nous appuyer sur la clinique du patient tel que l'apparition d'une sudation, d'une tachycardie ou une tachypnée.

2.3) Des thérapeutiques médicamenteuses, mais pas seulement

Plusieurs moyens de prise en soins ont été développés lors de mes recherches pour le cadre conceptuel. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les moyens médicamenteux avec leurs différentes classes. Les deux infirmières rencontrées ont pu nous en parler, en évoquant chacune leurs protocoles relatifs à leurs services ou structures. Les moyens non-médicamenteux sont aussi utilisés. Comme l'explique la société d'étude et de traitement de la douleur, nous pouvons utiliser des pack ou d'autres méthodes telles que la neurostimulation, mais aussi des techniques telle que la relaxation et l'hypnose qui vont agir sur le stress, l'anxiété ou la peur. Isis a insisté sur ces facteurs qui sont importants dans la prise en soin de la douleur car sinon les patients peuvent anticiper « cette douleur parce qu'ils savent qu'ils vont avoir mal ».

Elle insiste aussi sur le fait que cette prise en soin ne passe pas seulement sur le soulagement de symptômes mais aussi par un aspect plus social pour permettre une prise en soin holistique. Elle va alors accompagner la famille, qui vit aussi l'impact de la douleur et de la prise en soin d'une plaie du conjoint ou de la conjointe au quotidien.

Pour moi, cette prise en compte du retentissement social de la douleur est intéressante à rappeler. Il est plus difficile pour un infirmier de la mesurer car lorsque la famille rend visite au patient, elle est souvent en sa compagnie dans la chambre, la prise de parole est donc plus difficile. Mais nous avons des ressources pour eux tels que l'assistante sociale ou bien le psychologue pour permettre à toute la famille de s'exprimer sur ce sujet. L'évocation des moyens non-médicamenteux est aussi intéressante car ils ont tendance à se généraliser mais ils peuvent également être facilement oubliés par manque de temps ou de moyens. Comme la douleur est multidimensionnelle, sa prise en soin se doit de l'être aussi.

3) Une grande diversité de techniques de communication thérapeutique

3.1) Une communication antalgique

Nous avons pu retrouver lors de nos entretiens une vision de la communication thérapeutique semblable à celle des auteurs. En effet, comme l'expliquent les infirmières mais aussi Gouchet, c'est une communication aux vertus anxiolytiques et antalgiques.

3.2) La confiance, outil de base de la communication thérapeutique

Lors de nos entretiens, nous avons pu voir le rôle primordial de la communication dans le soin. Rôle que nous avons pu retrouver lorsque nous avons abordé les concepts de base de la communication thérapeutique. En effet, pour la mettre en place, il faut créer une alliance thérapeutique et une confiance entre le patient et le soignant. Comme le précisent Bernard et Musellec (2020), cela passe par la transmission d'une information claire qui permet d'éviter tous les malentendus » (p.24). C'est-à-dire par la communication, leur dire ce que l'on va faire et comment on va le faire comme l'explique Rose. Isis explique aussi que la façon dont nous nous comportons avec un patient durant un soin va influencer son confort. Piquard (2018) l'explique en rappelant que la posture, l'attitude font parti de ce comportement à avoir lors de nos soins.

Nous avons également pu croiser que ce soit dans le cadre théorique, mais aussi lors de nos entretiens, une multitude de techniques de communications thérapeutiques. Tout d'abord, cela se fait dans le respect du patient. Isis et Rose précisent qu'elles s'adaptent au patient. Nous retrouvons cette forme d'adaptation avec les propos de Bernard et Musellec (2020). En effet, lorsqu'ils abordent la notion de distance interindividuelle, ils précisent qu'il faut prendre en compte la culture du patient, notre proxémie avec celui-ci, mais aussi son ressenti. La communication passant par 3 principaux canaux, le verbal, le para-verbal et non-verbal, la communication thérapeutique va prendre appui sur ces différents canaux. Des techniques différentes vont être utilisées en fonction du canal choisi. Isis, précise de son côté qu'elle observe son patient, son langage non-verbal et verbal notamment pour trouver son canal sensoriel. C'est un outil supplémentaire qui va lui permettre d'adapter au mieux les techniques de communication thérapeutiques évoquées par les différents auteurs. Ainsi, lorsqu'elle utilisera la technique de reformulation évoquée par Bernard et Musellec (2020, p.81), elle y ajoutera des mots spécifiques au canal sensoriel du patient. Pour un patient auditif, elle utilisera le verbe entendre lors de sa reformulation. L'une des principales techniques dans la communication verbale est l'utilisation de mots à caractère positifs. Nous l'avons retrouvé dans les propos de Bernard, Musellec ou encore Piquard et les deux infirmières interrogées l'utilisent aussi au quotidien.

De mon côté, n'ayant pas été formée aux techniques de communications thérapeutiques lors de ma formation, je n'ai pas pu les utiliser ou du moins être consciente sur le moment de les utiliser. Cependant, en réfléchissant à mes situations d'appel, j'ai pu me rendre compte que j'en appliquais quelques-unes régulièrement. Cela se faisait de façon instinctive, j'étais à l'écoute du patient et de ses besoins. Comme pour le patient que j'accompagnais lors de la réfection de pansement, j'ai su l'écouter et répondre à son besoin qui était d'avoir du contact.

3.3) Des bénéfices considérables

L'un des bénéfices notoires est l'instauration d'une meilleure dynamique de soins, notamment en renforçant l'alliance thérapeutique et la confiance entre soignant/soigné. Le vécu du patient est validé par le soignant, il se sent donc soutenu. Ces techniques permettent au patient de se décentraliser du soin et donc d'être plus confortable. Cela lui permettra de moins anticiper le prochain soin comme le souligne Isis.

3.4) L'hypnose

Nous pouvons constater d'après les propos d'Isis que l'hypnose repose sur les techniques de communication thérapeutique. Nous pouvons retrouver ce lien entre communication thérapeutique et hypnose chez Piquard (2018). Isis nous parle plus en détail de l'hypnose formelle qui permet de mettre le patient dans « un état où il est bien », « un endroit favori et rassurant, un souvenir agréable » comme l'explique Piquard (2018).

Piquard (2018) nous explique plus en détail les différents types d'hypnose et leurs différentes techniques associées. L'hypnose conversationnelle permet alors de décentrer le patient du soin. Le soignant utilisera de différentes techniques de détournement de l'attention qu'on appellera technique de focalisation. Barbier (2008) expliquera que cela permettra de renforcer la relation soignant/soigné au même titre que la communication thérapeutique.

Isis rappelle que n'a ne se fait pas sans le consentement du patient. Elle explique que pour elle, l'hypnose est aussi bénéfique pour le patient que pour le soignant, leur permettant ainsi de mieux vivre le soin.

VI) La question de recherche

Au cours de mes recherches et de mes entretiens, j'ai pu me rendre compte d'un lien étroit entre la douleur et l'anxiété. En effet, de nombreuses techniques de communication thérapeutique ou d'hypnose ne soulagent pas seulement une douleur, mais jouent aussi sur le détournement d'attention, la mise en confiance, l'appréhension et donc sur l'anxiété liée à un soin. De plus, la prise en soin n'est pas seulement le soulagement d'un symptôme, mais correspond plutôt à une prise en

soin holistique de la personne. Prendre en soin une douleur amène donc à prendre en soin l'état psychologique du patient lié à celle-ci. Il faudra donc mettre en place un climat non-anxiogène.

Nous pouvons donc nous poser la question de recherche suivante :

Quels sont les impacts de l'anxiété dans la prise en soin d'un patient douloureux ?

VII) La conclusion

Ce travail touche à sa fin. Voici quelques concepts à retenir. La prise en soin de la douleur passe dans un premier temps par l'appréhension de celle-ci. Il faut la comprendre pour mieux la soulager. Il en va de même pour les techniques de communication thérapeutique. Il faut être à l'écoute du patient et l'observer pour s'adapter. Il faut apprendre à le connaître pour savoir quelles techniques nous allons utiliser. Finalement, elles permettent d'instaurer un climat de confiance et une alliance thérapeutique utiles aux soins. Plus le patient sera confiant, plus il nous donnera d'informations et il en sera d'autant plus facile pour l'équipe soignante de le prendre en soin et de soulager sa douleur.

Tout au long de ce travail, j'ai pu renforcer, mais aussi approfondir mes connaissances sur la douleur et la communication thérapeutique. Le sujet de la communication thérapeutique, mais aussi celui de l'hypnose est complexe et je n'ai pas pu couvrir l'ensemble des techniques existantes. C'est une sorte d'avant-goût à cet univers et cela me donne d'avantage envie de l'explorer. J'ai pu tout de même prendre connaissance de certains outils me permettant d'améliorer ma prise en soin. J'aimerais aussi ajouter que le fait d'échanger avec des professionnels de santé investis dans leurs soins a été formateur et inspirant. Ce travail m'a permis de confirmer les valeurs soignantes que je souhaite transmettre et la prise en soin que je souhaite effectuer auprès de mes futurs patients.

Bibliographie

Ouvrage :

Barbier, E. (2008). L'hypnose et la prise en charge de la douleur. *Soins*, 722, 23-25.

Articles :

Bernard, F. B., & Musellec, H. M. (2020). *Hypnose médicale et techniques relationnelles* (2^e éd.). John Libbey Eurotext.

Care et cure. (2018, 3 avril). Fiches IDE. <https://www.fiches-ide.fr/cours/ue-1-sciences-humaines-sociales-droit/ue-1-3-legislation-ethique-deontologie/care-et-cure/>

Favetta, V., & Feuillebois-Martinez, B. (2011). « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, N° 107(4), 60-75. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060>

Piquard, L. (2018). Comment les mots aident à soulager les maux. . . . *ActuSoins*, 29. <https://www.actusoins.com/318822/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.htm>

Vassort, E. (2006). Principes généraux de l'évaluation de la douleur. *Revue internationale de soins palliatifs*, 21(1), 9-10. <https://doi.org/10.3917/inka.061.0009>

Textes législatifs :

Art. R4311-2 du Code de la santé publique du 08 août 2004. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/

Page web :

Bouhassira, D. (2016, 1 mai). *Douleur*. Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>

CEDI - Lutte contre la douleur. (s. d.). Centre endoscopique. Consulté le 20 mars 2021, à l'adresse <http://centre-endoscopie.info/lutte-contre-la-douleur-61.html>

Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Larousse. Consulté le 25 mars 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

Définitions : confiance - Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Larousse. Consulté le 1 avril 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

Définitions : thérapeutique - Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Larousse. Consulté le 25 mars 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/th%C3%A9rapeutique/77749>

Elmer-Haerrig, V. (2015, 8 juin). *L'évaluation de la douleur.* Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/l-evaluation-de-la-douleur.html>

IFSI Troyes. (2000, 20 février). *Concept de soin* [Diapositives]. Microsoft PowerPoint. http://www.ifsitroyes.fr/sites/default/files/concept_de_soin_2.pdf

Institut Français d'Hypnose. (2018, 20 septembre). *Regards croisés sur la Communication Thérapeutique - Institut Français d'Hypnose.* <https://www.hypnose.fr/regards-croises-sur-la-communication-therapeutique/>

Sessi, A. (2019, 20 mars). *Les différents types de douleur : saurez-vous les reconnaître ?* GI Douleur. <http://gi-douleur.fr/definitions/>

Système nerveux autonome. (s. d.). Futura. Consulté le 10 mars 2021, à l'adresse <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-systeme-nerveux-autonome-13244/>

Figure :

Greenstein, L. (2017, 6 mars). *Comment traiter la psychose du premier épisode?* [Illustration]. Nami. <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/March-2017/How-Should-We-Be-Treating-First-Episode-Psychosis>

Annexes

Tableau des annexes :

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Entretien avec Isis

Annexe III : Entretien avec Rose

Annexe IV : Tableau d'analyse

Annexe I : Guide d'entretien

Début de l'entretien

Objectif : Se présenter et faire connaissance avec le professionnel.

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Quel est votre parcours professionnel ? Dans quels services avez-vous travaillé ?

Le prendre soin :

Objectif : comprendre sa vision de la prise en soin dans la profession IDE

- Pouvez-vous définir le prendre soin ?
- Comment le mettez-vous en place ?

Le patient douloureux :

Objectif : Repérer sa perception de la douleur et son impact dans la prise en soin.

- Rappeler la définition de douleur et les différents types.

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. »

-douleur chronique ou aigue suite à un traumatisme

Neurogène ou neuropathique : lié à un défaut de transmission de l'influx nerveux

-Douleur psychosomatique : sans pathologies sous-jacentes et peuvent traduire un mal être chez l'individu

Sensorielle (analyse de la nature de la douleur), émotionnelle (caractère désagréable), cognitive (influence sa perception et les comportements qui en découlent) et comportementale (manifestation verbale et non verbale de la personne souffrante)

- Savez-vous les 4 composantes de la douleur ?
- Comment évaluez-vous la douleur ? Est-ce important dans la prise en soin ?
- Comment accompagner un patient dans un soin douloureux ?

La communication thérapeutique :

Objectif : Repérer les outils de communication thérapeutique lors de la prise en soin d'un patient douloureux.

- Qu'évoque pour vous la notion de communication thérapeutique ?
- Utilisez-vous la communication thérapeutique ?
- Si oui, quelles méthodes utilisez-vous ?

- Percevez-vous une différence lors des soins sans communication thérapeutique et ceux avec ?

-Avez-vous déjà utilisé ou assisté à de l'hypnose formelle ?

-Si oui, pouvez-vous me faire part des bénéfices de cette technique ?

Fin de l'entretien :

Objectif : permettre au soignant s'exprimer une dernière fois autour du sujet.

-Souhaitez-vous revenir sur certaines notions ou bien raconter des anecdotes ou expériences vécues en lien avec la communication thérapeutique ?

Remerciement.

Annexe II : Entretien avec Isis

Marie

Donc j'aimerais bien que tu te présentes, dire à peu près depuis quand tu es diplômée, présenter ton parcours professionnel et les services dans lesquels tu as travaillé.

Isis

Ecoutes, moi, je suis infirmière depuis 93. Depuis 1993, j'ai travaillé 5 ans en clinique à Brest, où j'ai fait beaucoup de chirurgie. En fait, j'ai pratiquement fait tout le temps de la chirurgie donc c'était des gros services ORL, digestif, vasculaire, cardio. On avait des soins intensifs. Là, c'est vraiment très loin. 5 ans après, donc, je suis arrivée sur Rennes, donc je travaillais un peu partout des petits remplacements. Puis j'ai commencé au CHU, par des contrats, en fait, bah, on commence comme ça au CHU et j'ai fait beaucoup de service sur deux ans, on va dire. Sur Pontchaillou, j'ai pratiquement tout fait : les soins intensifs, gastro hépato, les urgences, la rea cardio. Je suis allé en orthopédie après, je suis allé sur l'hôpital sud, j'ai fait tous les services de l'hôpital Sud et en mai 2000, j'ai posé mes bagages en chirurgie vasculaire. J'y suis toujours. Donc, ça fait 21 ans que je suis en chirurgie vasculaire. Je reste parce que j'adore, c'est un super service, une spécialité riche où tous les jours, tu apprends des choses nouvelles. On a beaucoup d'autonomie dans ce service avec une confiance de nos chirurgiens. En fait, on n'est pas d'égal à égal, tu vois. On travaille beaucoup sur l'échange et c'est ça qui est valorisant aussi. C'est un service qui est riche en techniques, en soins, surtout avec les plaies, mais il y a d'autres choses. Riche par la relation qu'on a avec nos patients, parce que c'est une maladie chronique l'artériopathie. On est amené à les revoir sur différentes hospitalisations et avec les plaies, parfois même sur plusieurs années, donc du coup il y a des relations qui se font, on crée tout de suite la relation. Et ils nous connaissent, certains patients, je les connais depuis plus de 10 ans maintenant, c'est presque de l'amitié, même parfois. Et c'est vrai que ce sont de belles rencontres à chaque fois. Et puis 21 ans, c'est 21 ans de douleur aussi au quotidien, auprès des patients et des douleurs souvent difficiles à gérer et malgré tout ce qui peut exister en antalgiques. Et du coup, ça m'a intéressé cette douleur parce que je voulais plus les aider, parce qu'on est souvent démunis quand on n'arrive pas à les soulager. J'ai fait un DU douleur en 2013 et c'est vrai que le DU douleur déjà me permettait de mieux comprendre ce que c'était, cette douleur. Mieux comprendre les traitements. C'était un DU quand même très médical. C'est vrai qu'il a fallu beaucoup travailler, comme j'ai eu mon diplôme en 93, le cerveau se ramollit un petit peu. C'était très intéressant. Et pendant cette année-là, on voit d'autres médecines complémentaires et dont l'hypnose. Et c'est vrai que ça m'a beaucoup intéressé. Et dans un premier temps, je me suis formée à la communication thérapeutique qui est une approche hypnotique. Et je dirais même que c'est la base avant

d'apprendre l'hypnose parce que tu as toutes les techniques communicationnelles au niveau du parler, des attitudes, des postures, etc. Et donc ça, ça a été une révélation pour moi cette formation. Après, comme tu utilises des outils comme hypnotique dans la communication thérapeutique et quand tu oses les utiliser parce que ce n'est pas simple au départ d'oser les faire. Quand tu vois que ça fonctionne, tu dis "Ouahh, c'est super". Et là, tu dis oui, je continue quoi, donc. Je me suis formé à l'hypnose en 2016 2017, par un diplôme universitaire aussi. Puis depuis, la communication thérapeutique, c'est tout le temps parce que c'est un apprentissage, c'est comme le vélo, l'écriture, c'est rentré en mode inconscient. Et puis l'hypnose, c'est au feeling, mais j'en fais régulièrement. Donc, après, j'ai en tant que formateur en communication thérapeutique sur le CHU, j'anime des ateliers avec une collègue qui est formée à l'hypnose et j'ai un temps formateur sur l'institutionnel. Je suis tutrice des étudiants depuis de très, très, très nombreuses années, ça doit faire 2010 2011, je crois. Et puis voilà. Et en plus, comme jamais, je n'arrive pas à me poser. Là, je suis parti sur une recherche paramédicale où j'ai été lauréate d'un prix du GIRCI Grand Ouest. C'est le Groupement d'inter hospitalier de la région Grand Ouest. Le prix, c'était le financement de ma recherche. Le sujet, c'est l'effet de l'autohypnose sur l'intensité de la douleur induite lors des soins d'amputation.

Marie

Merci beaucoup. On va commencer par parler du prendre soin. Du coup, l'objectif, c'est de comprendre votre vision du prendre en soin dans votre pratique infirmière, est ce que vous pouvez définir la prise en soin de soi ?

Isis

La prise en soin, c'est vrai que c'est sont déjà des mots qui sont plutôt bienveillants parce que sinon, on dirait prise en charge. Déjà "prise" c'est particulier. Mais c'est vrai que déjà, la prise en soins, c'est plus doux que la prise en charge. Après, prendre soin un patient, c'est bon l'aider à cheminer pendant son hospitalisation en l'aidant par différents traitements qui sont prescrits. Mais en même temps, nous, dans notre métier, on a ce côté bienveillant et empathique et c'est se créer cette relation auprès de notre patient. Donc, en fait, c'est tout le côté relationnel, on le côté technique, mais si au niveau national, on n'a pas créé le lien et l'accroche avec notre patient, le technique va plutôt être mal perçu. Donc, tout est dans la relation et c'est être respectueux envers lui, être humble aussi, parce que nous aussi, on est humain. Il faut être bienveillant avec lui, le respecter, ne pas le juger parce qu'en vasculaire par exemple, on a souvent des contextes sociaux particuliers avec des addictions alcool, tabac, parfois même des incuries. Et c'est vrai que moi, je leur dis souvent, je ne me permettrais jamais de juger parce qu'il y a une histoire derrière tout ça et souvent des

souffrances. L'idée, c'est de comprendre et pour pouvoir peut être mieux les aider. Et c'est ça le prendre en soin en fait. C'est prendre le temps, bon là, actuellement, le temps est difficile parce qu'on court un peu partout. Mais tout est possible quand on veut, tout est possible.

Marie

Comment vous la mettez en place dans votre pratique ?

Isis

J'utilise beaucoup les outils de communication thérapeutique. Quand je suis dans le service, que je vais dans la chambre, on frappe tous, on entre. Je me présente toujours, "je suis l'infirmière qui va prendre soin de vous aujourd'hui". Avant, on pouvait serrer les mains, j'adorais serrer les mains puisqu'il y avait ce premier contact, bon, on fait différemment. Si j'ai un peu de temps, je vais lui proposer "est-ce que je peux m'asseoir à côté de vous pour discuter un petit peu". Parfois, il ne suffit pas longtemps, une minute, on prend une minute en prenant une position basse, en se mettant à hauteur de son patient. Lui va considérer que t'es resté cinq minutes avec lui parce que tu prends le temps, tout simplement. Donc, ça va être ça. Et puis ça va toujours être dans la bienveillance avec lui et avoir des paroles rassurantes, des mots positifs. Donc, c'est ça pour moi, c'est comme ça que je fonctionne. Je fais beaucoup d'humour aussi. L'humour, ça marche bien. Et voilà, c'est vraiment sécuriser le patient tout le temps. Voir comment ça va, l'observer. L'observation et l'écoute, c'est très important. Je vais repérer des petits signes. "Je vois là que peut-être vous n'êtes pas tout à fait confortable." "Êtes-vous confortable ?" Il faut voir les petits signes, il y a plein de petits signes chez nos patients. C'est l'observation et l'écoute. Et à partir de là s'ouvre le panel de choses que tu peux faire.

Marie

On passe à la partie sur le patient douloureux. Je vais rappeler rapidement la définition de la douleur. C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. Et du coup, il existe trois types de douleur la douleur chronique ou aiguë qui apparaît suite à un traumatisme. La douleur neuropathique, c'est lié à un défaut de transmission de l'influx nerveux. Et la douleur psychosomatique qui apparaît sans pathologie associée, mais qui peut traduire un mal-être chez une personne. Donc, du coup, en plus de ces trois types de douleurs, il y a quatre composantes de la douleur pouvez-vous me les rappeler ?

Isis

Il y a l'émotionnelle, sensorielle...

Marie

Cognitive...

Marie

Et comportementale

Isis

Mais en fait, la douleur est multidimensionnelle. Il faut prendre en compte beaucoup de facteurs. Moi, je vois bien dans le service l'impact que peut avoir une douleur chez le patient. Comme tu le disais, il y a des douleurs aiguës, donc ça, ce sont les douleurs liées, nous, c'est souvent en postopératoire immédiat. C'est vrai que ces des douleurs sont signes de danger, souvent, on se fait mal, ça annonce le danger donc on va se protéger, on va avoir des mouvements d'évitement, etc. Sur les douleurs aiguës, ce sont des douleurs qui cèdent rapidement avec des médicaments. Les douleurs induites qui sont des douleurs aiguës aussi, finalement, mais elles sont induites par le soignant, par des soins. Celles-là aussi, on peut arriver à les contrôler, mais parfois, c'est difficile. C'est pour ça aussi que je me suis formé parce que même sur une plaie, si tu donnes les antalgiques par voie orale, si tu mets les anesthésiants sur la plaie avant le soin, finalement pendant la détention de ta place, tu t'aperçois que ton patient, il est douloureux. C'est pour ça que ça m'a intéressé d'avoir d'autres techniques pour aider le patient dans ce sens et l'hypnose marche très, très bien. Après, tu as les douleurs chroniques. Donc, là nous aussi on est dans la chronicité de la douleur parce que ce sont des patients qui vont avoir des douleurs, qui sont présentes plus de trois mois après, après les premières douleurs donc elles se chronicisent dans le temps et elles vont se chroniciser parce qu'en fait, le patient est comme dans un état de dissociation, c'est-à-dire que ton patient est tout le temps dans ce qu'on appelle la transe d'alerte et ils connaissent cette douleur. Moi, je vois bien dans les patients qui ont des plaies depuis longtemps. Ils ont le soin de pansements tous les jours, donc ils connaissent la douleur tous les jours. Ils l'ont eu hier. Ça fait peut-être plusieurs années qu'ils ont leur plaie avec des soins qu'on fait tous les jours et qui induisent des douleurs. Donc, ils connaissent cette douleur et elle est bien mémorisée dans le disque dur de la tête. Après, il y a la douleur du présent et ils vont avoir le pansement demain, après demain, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années, donc, ils anticipent cette douleur parce qu'ils savent qu'ils vont avoir mal. Donc, du coup, ça majore la douleur du présent. En fait, c'est ce côté-là qu'il faut travailler, c'est

toute cette anxiété liée à ça. Après ces patients-là, ils ont depuis tellement longtemps cette douleur qu'ils n'ont plus de vie parce qu'ils sont tellement fixés sur leurs plaies. Il ne s'autorise plus à vivre et bien souvent, le conjoint ou la conjointe est impacté dans cet état. Ils ne vivent plus qu'à travers le passage de l'infirmière du matin qui n'est pas arrivée à l'heure et qui, en fait, qui n'a pas d'heure parce qu'elle est hyper occupée, même à la maison. Donc, ils vivent autour de l'arrivée de l'infirmière libérale et donc, ils ne s'autorisent même plus à sortir. Même plus à se faire des petits plaisirs, parce qu'en fait, ils sont un peu comme la lune autour de la Terre, la Terre, c'est le pansement et eux, ils gravitent autour. Et ils sont tellement fixés dessus qu'ils n'ont plus de vie. Il y a un impact social et émotionnel et tout ce que tu veux autour. Et en fait le but c'est de les sortir parce qu'ils sont tous les deux et toute la famille impactée là-dedans, même parfois sur la profession et le but c'est de les sortir de là pour leur dire "Vous avez le droit de vivre. Vous avez le droit de faire autre chose, même si à cette plaie, parce que ça vous ferait du bien et peut être même que votre plaie irait mieux si vous vous autorisez à faire autre chose." En fait, c'est ce qui est intéressant finalement, dans la prise en charge de la douleur, c'est de faire prendre conscience aux patients que oui, c'est sûr, il faut valider la douleur, il faut valider que ça ne va pas. Parce que c'est vrai que c'est terrible, moi, j'aurais du mal à supporter un passage infirmier tous les jours chez moi ou admettons l'hospitalisation à domicile qui arrive avec tout leur matériel qui te prennent une pièce entière avec tout le matériel, même parfois le lit médicalisé. C'est vrai que les gens n'ont plus de vie. Et c'est souvent à la consultation, ce qui nous relate. C'est vrai que c'est un tel impact, quoi. Et finalement, tout tourne autour de la plaie ou tout ce que tu veux. Voilà, donc, c'est vrai que la douleur, elle est multidimensionnelle et on peut faire plein de choses autour de cette douleur pour aider le patient à le rendre plus confortable.

Marie

Ce qu'il complexifie aussi sa prise en soin.

Isis

Mais oui, tout à fait. Et puis pour terminer, les douleurs neuropathiques parce que nous, on est un service où il y a beaucoup d'amputations et même sur les plaies, des ulcères ou des plaies de d'extrémités, en fait, tu as des lésions nerveuses. Par exemple, hier, j'ai un patient qu'on connaît très, très bien depuis plusieurs années qui est amputé en jambe, il me dit, "c'est dingue la nuit dernière, j'avais envie de me gratter sous le pied". Là, c'était des sensations du membre fantôme, il y a les douleurs fantômes. Donc c'est vrai qu'elles sont à prendre en compte. Après, on a des traitements épileptiques qui aident le patient à mieux gérer ces douleurs-là. Mais après, il y a d'autres

techniques aussi, qui aide justement dans les douleurs neuropathiques et douleurs du membre fantôme. Donc, voilà pour le panel des douleurs que je connais.

Marie

Comment est-ce que tu évalues la douleur? Et si tu es à l'évaluation de cette douleur, elle est importante dans la prise en soins ?

Isis

Alors on évalue la douleur avec l'échelle numérique de la douleur que je n'aime pas trop parce qu'on parle de douleur et qu'on induit une douleur en parlant de douleur. Parfois, j'en parle quand même, alors moi, j'utilise beaucoup confort et je brode autour du confort parce que le confort n'est pas forcément perçu de la même façon par les patients. Souvent, voilà, je dis "est-ce que vous êtes confortable ?" Alors je ne leur demande pas, tu sais, entre 0... L'échelle numérique est terrible. "Alors vous allez me dire entre 0 où vous n'avez pas de douleurs et 10 ou c'est la pire des douleurs imaginables". "Est ce que vous êtes confortable? Et tu vois qu'ils n'ont pas trop compris "et là, comment c'est au niveau de la sensibilité, au niveau de votre plaie ?" Et toi, je parle de sensibilité, là, du coup, ça leur parle plus. "Ah oui, j'ai mal" qu'ils disent. Alors j'utilise l'échelle numérique aussi. Mais bon, quand il y a une douleur qui est déjà présenté, moi, je donne systématiquement sur les postopératoires, ce serait inconcevable de ne rien donner sur les premiers jours parce qu'une amputation, ce n'est pas anodin et que franchement, moi, si j'avais une amputation, j'aimerais bien qu'on me calme. C'est vrai que souvent, moi, je donne en systématique avec les différents délais et paracétamol toutes les 6 heures, l'acupan toutes les 6 heures, les morphiniques suivant ton évaluation et après, on continue si les interdoses sont trop nombreuses, on donne des morphiniques à effet prolongé. Tout est sur prescription, bien sûr, mais là, on est là pour les aider. Après, j'utilise l'échelle verbale simple, parce que l'échelle numérique est subjective. Pareil quand tu demandes à un patient "alors vous avez mal entre 0 et 10, à combien ?". Mais en fait, ils ne savent pas. Donc l'échelle verbale simple elle est pas mal aussi. "Voilà ce que vous avez un petit peu moyennement modérément. Est ce que c'est fort?" Sinon, j'utilise alors l'algo plus souvent pour les personnes non-communicantes, mais elle est intéressante, justement parce qu'elle permet d'observer le visage, les gémissements, tout ce qui est, voilà les positions. Donc, oui, je la trouve intéressante, mais en fait, je ne vais pas forcément la noter en Algoplus. Mais je vais la traduire un peu. Je te disais l'observation et une écoute de ton patient elle est tellement importante que tout de suite, tu détectes s'il n'est pas confortable. Après la deuxième partie de ta question, c'était quoi ?

Marie

Si elle était importante dans la prise en soin cette évaluation ?

Isis

Si, si. Parce qu'après nous on est chirurgie, sur des patients qui ont des plaies où elle est importante, il faut l'évaluer. Faut traiter, il faut réévaluer après. Et si ça ne va pas bien, il faut augmenter sur les paliers. Il y a le palier 1, palier 2, palier 3 avec les morphiniques. Et après, voilà, nous ça nous arrive, sur les soins où on a pas mal de technicité avec le Meopa aussi, on utilise le meopa. Mais oui, elle est très importante, elle est primordiale et elle fait partie justement des recommandations et c'est une obligation.

Marie

Oui, c'est notre rôle propre.

Isis

Oui, c'est important.

Marie

C'est intéressant de parler de mesurer le confort. Du coup, j'étais en stage cette semaine et je me demandais si en demandant à la patiente si elle était douloureuse si justement, je n'induisais pas une douleur.

Isis

Je me suis souvent posé cette question. Est-ce que j'induis la douleur en parlant de douleur ? Souvent, on dit, tu peux utiliser ces termes-là, mais en fait, j'essaie de l'adoucir ce mot là. Quand je parle de douleur, j'essaie de l'adoucir de manière à ce que ce ne soit pas ne soit pas trop brut.

Marie

Si on avait le cas d'une patiente qui était justement obnubilé par sa douleur et en fait parler, ça réveillait encore plus cette douleur.

Isis

Ça, c'est intéressant d'entendre ça parce que dans l'hypnose et la communication thérapeutique. Toute personne qui rentre à l'hôpital est un peu dissociée parce qu'on est dans la peur et la focalisation de choses qui vont être plutôt négatives quand tu arrives à l'hôpital, tu sais que t'as quelque chose qui se passe dans ton corps, tu peux avoir une annonce, tu peux avoir un seul qui va induire une douleur ou une hospitalisation pour une chirurgie ou un traitement. En fait, on est un peu en hyper suggestibilité parce qu'en fait, tous nos sens vont être amplifiés. Amplifiés par les mots ou les images ou les ressentis même les odeurs qui vont faire que ça va augmenter cette peur parce que c'est une focalisation sur la peur. Et toi, ta patiente qui parle de douleur, elle est focalisée sur ce mot-là. Voilà donc tous les mots que tu vas utiliser en lien avec la douleur va amplifier cet effet. J'avais une patiente comme ça, à chaque fois qu'on lui parlait de fibrine et de contacts osseux, elle me disait "Je vais être amputée" parce que elle était focalisée sur la peur d'être amputé. Donc j'essayais de broder parfois, mais en même temps, il ne faut pas leur mentir. Si on leur ment, on n'est pas communicant et on peut perdre aussi justement, ce lien relationnel et cette confiance, donc il ne faut pas leur mentir, mais en même temps, il faut essayer de les rassurer et utiliser d'autres termes. Ta patiente, elle était en transe d'alerte. Donc l'idée, c'est de la ramener dans une transe de confort. C'est hyper intéressant, si ça te plaît ce sujet-là, mais forme toi com thérapeutique.

Marie

J'aimerais beaucoup me former en communication thérapeutique. En plus, c'est un outil qu'on peut utiliser dans tous les services...

Isis

...Même à la maison.

Marie

Je passe à la prochaine question, vous avez déjà répondu à cette question-là. Comment accompagner un patient dans un soin douloureux?

Isis

En fait, dans les soins, tous les jours, dont moi déjà, je leur demande que je sois à la consultation ou dans le service, je me renseigne de savoir ce qu'ils ont eu avant. Parce que c'est tout pansement, on sait qui va, qui va induire une douleur, il faut donner ce qu'il faut avant en traitement par voie orale. Après, je leur demande "est ce que je peux enlever votre pansement tranquillement ?" J'ajoute des

mots positifs "tranquillement, doucement". Et puis voilà "une sensation de fraîcheur". Parce que quand on parle de frais et non de froid, le frais, c'est plus...

Marie

....C'est plus positif.

Isis

Oui, c'est ça. Une sensation de fraîcheur qui fait du bien. Après, je mets l'anesthésiant et je dis "je laisse poser tranquillement et je reviens vous voir". Donc après, si je dois aller chercher le mot meopa je vais le chercher. Et puis après, je vais y aller délicatement avec eux. On va parler d'autre chose aussi. Tu vois, même si je ne fais pas d'hypnose, forcément, je dis "Vous habitez où ? C'était quoi, votre métier avant ?" On parle d'autre chose et puis parfois sont fixés sur la plaie et je dis "ah bah tiens ne regardez pas, on va parler d'autre chose", puis je reviens sur le sujet. Et puis généralement, ça se passe bien, mais ils sont focalisés sur la plaie. Alors du coup, ils me voient avec la curette. Et puis je leur dis "Vous sentez la sensation de fraîcheur ?" Et puis si on parlait d'un truc qui faisait chez eux, une promenade... "Là, je fais comme si vous marchiez sur un chemin avec des feuilles. Et bien moi, c'est comme si je ratissais les feuilles tranquillement.". En fait, je brode beaucoup. Et puis on parle d'autre chose où je mets de la musique. Je peux faire de l'hypnose aussi. Mais voilà, c'est vraiment au feeling. Et je demande souvent, "c'est comment à l'intérieur ? Est-ce que vous êtes confortable ?" Et si je vois que ça ne va pas, je mets de la xylocaïne spray ou du meopa. Je travaille beaucoup sur la respiration avec les patients, parce qu'elle est antalgique. Si je vois qu'ils ne sont pas confortables, je dis "alors, maintenant, vous allez suivre ma respiration." Et puis en fait, c'est moi qui me cale à eux et donc je fais ce qu'on appelle du pacing respiratoire. C'est un outil de com thérapeutique et je vais me synchroniser avec leur respiration et à un moment donné, je vais parler sur leur expiration et en fait, eux, ils vont s'apaiser tranquillement. Et parfois, je fais des petites induction comme ça, pas formel où ils partent dans une transe profonde. Mais le travail sur la respiration est très intéressant au niveau de la douleur. Et je dis "vous soufflez bien là, c'est très bien ce que vous faites". Moi, je les valorise tout le temps. En fait, tout est très bien en hypnose et en com thérapeutique, même si ce n'est pas bien, c'est très bien quand même. Et puis voilà, je n'utilise jamais de négation en com thérapeutique. On n'utilise jamais de négation parce que le patient n'entend que la négation. Donc, je pense que tu dis parfois Marie "ne vous inquiétez pas".

Marie

Oui.

Isis

"Ne vous inquiétez pas", le patient, il entend ça: "ah bon ? Parce faut que je m'inquiète ?" . Maintenant, ne vous inquiétez pas, j'ai du mal à le dire. D'ailleurs, même à la maison, c'est pour ça qu'ils se moquent de moi. Parce que c'est rentrer dans mon langage inconscient, je dis rassurez vous, soyez rassuré. Et voilà, c'est plein de petites choses comme ça. Et j'utilise le panel de com thérapeutique que t'apprends au fur et à mesure que tu utilises aussi parce qu'au départ, ça demande une concentration, changer les habitudes, c'est très difficile, même les habitudes de langage.

Marie

Le "ne vous inquiétez pas", c'est quelque chose que j'utilise au quotidien, pas seulement dans la pratique soignante mais aussi personnelle, c'est vrai que je l'utilise limite à tort et à travers.

Isis

Mais c'est vrai qu'au départ, j'avais peur après la formation de com thérapeutique, je suis retournée dans le service et j'ai commencé à travailler sur ça parce qu'on se disait, il faut se donner des petits objectifs à la semaine. « Là, je dirais plus ne vous inquiétez pas ». Et puis quand j'ai commencé à dire rassurez vous, je trouvais que ça faisait trop bizarre, ils vont se moquer de moi dans le service. Je commençais à le dire une première fois, une deuxième fois, puis c'est rentré dans mon langage. Certains chirurgiens ont changé leur langage. Ils nous voient faire nos chirurgiens, nos internes, beaucoup de chirurgiens s'assoient sur les lits pour discuter, ils se mettent à hauteur du patient. Je trouve ça formidable. Il y a ce qu'on appelle en com thérapeutique le mirroring. C'est du mirroring gestuel de postures, tu vas adopter la même hauteur. Moi, quand je m'assois, je demande l'autorisation, je m'assois puis si mon patient est assis à côté de moi, qui croise les bras, je vais croiser les bras, mais il ne va pas s'en rendre compte. En fait, ça permet de rentrer encore plus sur la communication avec lui. Et ça, ça rassure. Ce sont des gestes qui rassurent. Et dans la vie quotidienne, tu verras que quand on est en communication et que ça se passe super bien, les gens si t'es comme ça, la personne en face de toi, peut être comme ça. En fait, il faut avoir l'œil, mais dans la vie quotidienne, les gens se mettent en mirroring. C'est trop rigolo avec ma copine avec qui j'anime les ateliers, on est tout le temps à regarder. Par exemple, tu es avec quelqu'un, tu touches tes cheveux comme ça, tu observes et à un moment donné, la personne va faire pareil. Et chez le patient, c'est rassurant, ça les rassure que tu adopte la même posture et ils ne s'en rendent même pas compte. Après, tu vois, tu as le mirroring verbal où tu vas reprendre les mots, parfois même

l'intensité. Parfois, tu as des patients qui peuvent être agressifs. Alors tu vois, moi, je leur dis "je valide cet inconfort, je comprends. C'est vrai que ce n'est pas normal que vous ayez des douleurs comme ça." Là, je reprends les mêmes mots que le patient. "Mais voilà, maintenant, on va tout faire pour que vous soyez plus confortable." Après, il faut essayer de choper le canal sensoriel de ton patient parce qu'on dit souvent qu'on n'est pas sur la même longueur d'onde, mais en fait, on communique avec nos sens. Moi, je sais que je suis très kinesthésique parce que je suis dans le toucher, le ressenti. Je pense que toi, tu dois aussi kinesthésique. Je suis aussi visuel, mais si t'as un patient en face de toi qui est auditif, tu auras beau lui parler avec des mots en lien avec tes sens, lui, il va être complètement fermé. Donc, du coup, si tu t'aperçois qu'il est auditif, ben toi, tu vas lui dire "Ah bah, j'entends bien ce que vous me dites" le mot entendre correspond au canal sensoriel. Tu vois donc si tu as un patient visuel, "je vois bien ce que vous me dites." Et si tu as un kinesthésique "ressent bien, je comprends bien ce que vous me dites." C'est utiliser des mots qui sont en lien avec le canal sensoriel.

Marie

Et comment vous repérer, justement, ce canal sensoriel ?

Isis

L'observation et l'écoute, ça demande de la concentration aussi parce qu'il faut écouter les mots du patient et il va utiliser des mots en lien avec son canal. Et après suivant aussi la position du visage, comment il met ses yeux, le visuel, il va plus regarder vers le haut, quand il cherche, quand il réfléchit, l'auditif, il reste sur les côtés et le kinesthésique, il regarde en bas.

Marie

Qu'évoque pour vous la communication thérapeutique?

Isis

La communication thérapeutique, tu vois on en parle depuis tout à l'heure. La communication thérapeutique, elle va être thérapeutique, à partir du moment où tu apportes un confort à ton patient avec la communication. Par exemple, il y a eu une étude qui a été faite par Nicolas Fusco qui est anesthésiste ici au CHU, qui est formateur aussi à émergence et qui avait justement montré cette étude-là à un congrès sur l'hypnose. C'était un groupe de sujets sains à qui on applique une électrode thermite pour induire une douleur sur la main. Pour calmer cette douleur, il y a une injection d'un

puissant anesthésiant. Les patients font un IRM en même temps. Au moment de l'injection de l'anesthésiant, l'anesthésiste a adopté trois attitudes : une attitude neutre, une attitude positive, une attitude négative. Donc, ils font une première évaluation avec : comment est la douleur au moment où il y a le choc thermique. Et ensuite, quelle est la douleur au moment où il injecte l'anesthésiant ? Où il l'a passé et l'attitude qu'il a eue en injectant l'anesthésiant. Pour l'attitude neutre, il va être bienveillant dans ses paroles. Il va dire "je vais vous injecter ce produit qui va vraiment vous aider à être plus confortable". Donc, on s'aperçoit que par rapport à l'évaluation de la douleur initiale, sa douleur a quand même bien diminué. Au niveau du cerveau, il ne se passe rien. Il va avoir une attitude positive et là, il va dire "nan, mais je vous assure, ce produit va faire un effet, mais un effet de bœuf. Je vous assure que vous allez être soulagé". Il envoie des trucs super positifs et là, la douleur initiale, là la douleur avec l'injection (montre que la douleur a considérablement baissé) et là, il y a des zones du cerveau qui commencent à s'allumer, dont le cortex cingulaire antérieur qui est très sensible, justement, à tout ça. Pour l'attitude négative, il va dire "non, mais franchement, je ne sais pas si ce produit va agir parce que j'en suis vraiment pas convaincu. Moi, je vous l'injecte quand même, mais je ne suis pas convaincu". Et là, l'évaluation de la douleur initiale et l'évaluation de la douleur qui reste au même niveau. En fait, il reste dans sa douleur. Cette étude a montré que notre relation au patient et la façon dont on amène un calmant avait toute son importance dans l'efficacité de ce traitement. Et c'est assez bluffant. Et voilà, c'est pour ça que quand je donne du Doliprane ou de l'acupan, je peux dire que je le vends mon truc. Ça marche super bien. Il faut être très persuasif. D'ailleurs, on peut aussi parler de la méthode Coué, du Dr. Coué. C'était un pharmacien et lui, quand il vendait ses sirops pareils, il les vendait, mais positif. Ça avait toujours une action. Et justement, en fait c'est de l'auto suggestion et il donnait des suggestions de bien-être et de confort. Et quand tu amènes ça à ton patient, ben pouf, ton patient il réagit tout de suite. Donc voilà notre relation, elle peut être justement thérapeutique, elle peut aider le patient à être plus confortable dans ses soins, dans son ressenti surtout.

Marie

Est-ce que vous utilisez la communication thérapeutique, du coup? Bon, et bien oui j'imagine...

Isis

Oui, en fait, comme je te le disais, la communication thérapeutique, c'est passé dans mon mode inconscient. C'est comme l'écriture, le vélo, tout ce que tu veux, tous nos apprentissages depuis qu'on est petit. Ça a été une telle révélation justement, cette communication. Et donc finalement, tu vois dans ce service de chirurgie vasculaire qui est très lourd, ou bien souvent moi, j'ai pleuré dans ce

service parce que la charge est tellement lourde qu'à un moment donné, j'avais l'impression de perdre mes valeurs de soignante, je t'assure. Je me suis posé la question est ce qu'il faut que j'arrête ? Parce que je fais plus, ce qui est en cohérence avec moi ce que je voulais faire au tout début. Et en fait, la communication thérapeutique a complètement changé ma vision des choses et que même si la charge de travail est énorme et bien, je prends ce temps-là quand même et ça fait du bien. Et du coup, j'ai retrouvé mes valeurs de soignante parce qu'en utilisant ça, ben ouais, je suis trop content. Et c'est sûr parfois que je fais des heures supp. Je fais tout autant d'heures supp, mais je les vis mieux. Ça m'a permis aussi, mais aussi avec l'expérience de prendre du recul. Mais après mes collègues qui sont formés ou non, elles sont toutes bienveillantes. On est une équipe de clowns dans le service, donc elle utilise beaucoup l'humour, la musique. Elles sont formidables. J'ai de supers collègues et même en n'étant pas formées. On n'est pas soignants pour rien. On est soignant parce qu'on aime la relation aussi. Sinon on ne ferait pas ce métier-là, non. Et moi, je dis souvent dans les ateliers où on dit dans les formations, on est soignant, on fait plein de choses de super, mais on peut l'améliorer.

Marie

Ce qui est bien dans notre métier aussi, c'est qu'il est tout le temps en constante évolution.

Isis

Oui, mais tout à fait. On peut faire plein de choses et ce qui est important, c'est toujours se remettre en question. C'est là que cette remise en question, elle, est hyper importante. Il faut continuer à se former et toujours cette remise en question, ne pas faire les gestes dans l'automatisme, puisque c'est là que le risque d'erreur peut arriver. Et moi, j'ai failli quand j'étais jeune diplômée dans le service à Brest. Franchement, c'était très, très lourd et c'est tellement lourd qu'on faisait les soins à la chaîne et que tu, quand tu te rends compte que non, il ne faut pas que ce soit de l'automatisme, parce qu'on risque de faire une erreur. Et quand on voit ce qui se passe parfois, on entend dans les médias. Mais je me dis qu'on ne peut pas les juger parce que j'imagine comment c'était dans leur service. Parfois, c'est tellement lourd qu'on n'a même plus la capacité de réfléchir. Et c'est pour ça que c'est important, à un moment donné, tu dis stop, je m'arrête cinq minutes, je refais le point, je vais boire un verre d'eau et là, tu reprends. Mais voilà, il ne faut pas se saborder, comme on dit. Il faut prendre soin de soi aussi. Pareil quand on fait de la com thérapeutique et de l'hypnose, si tu ne le sens pas, il ne faut pas faire. Moi, ça m'arrive, inconsciemment, je le ressens. Voilà, il ne faut pas t'en vouloir pour ça, on est humain aussi, on a besoin de prendre soin de nous aussi.

Marie

Et du coup, quelle méthode utilisez-vous ?

Isis

Quand je te disais, je vais beaucoup observer, beaucoup écouter. Je me mets en position de la personne, parfois en position basse aussi, parce que je leur laisse le pouvoir aussi. Après, je vais utiliser beaucoup de mots positifs et des mots rassurants. Après, je vais utiliser différents outils, j'utilise beaucoup le lieu de sécurité. Les patients qui sont dans la douleur, je ne vais pas les amener sur un lieu de sécurité alors qu'ils ont mal. Donc, on va essayer de travailler sur la douleur. Donc on va chosifier la douleur, y a pas longtemps, il y a une dame, je lui dis "donc là, vous avez une douleur ?". Donc je parle de douleur parce qu'elle me parle de douleur. Elle me dit "Oui, oui" et je dis "mais ça fait comment dans le corps ? Si vous donnez une forme à votre douleur", elle me dit "c'est comme un cintre". "Mais comment il serait votre cintre ?" et il prenait tout le côté là. "Et il serait comment ? En acier ou en bois ?" et elle me dit "nan nan, un cintre en bois, bien dur" "D'accord et comment sont les bords ?" et elle me dit "ah ils sont carrés" Et puis, je dis "ah d'accord et il est comment?" "ah, bah, il est accroché derrière". Et je dis "mais qu'est ce qu'on pourrait faire pour que ce soit plus confortable ? Je ne sais pas. Simplement avec de la respiration, comment on pourrait faire ?" Elle me dit "on pourrait le réchauffer". "Qu'est-ce qu'il arriverait si on le réchauffait ?" "Il deviendrait comme une sorte de caoutchouc". Et je dis "ah ouais... et il aurait une couleur ?" "Oui, il serait bleu". Après, je suis parti sur l'hypnose avec elle et je fais l'induction par la respiration. Et puis, tranquillement, donc, je lui fais visualiser. Et puis, à un moment donné, je pense que voilà, donc le cintre qui se déforme, qui devient caoutchouteux et qui même protège les organes. Et elle, elle était bloquée dans sa respiration et à un moment donné, j'ai entendu "ahhhhh" et elle avait débloqué sa respiration. Et après la réassociation, elle me dit "ahhh à un moment donné, ça m'a dégagé". Et je lui dis "ah bah oui, je l'ai entendu, je l'ai vu et je l'ai ressenti". Et tu vois cette dame après elle est allée se promener dans le couloir. J'utilise beaucoup la pommade magique avec mes petites personnes âgées aussi. La pommade magique, elle est magique parce qu'en fait, ils peuvent la ramener chez eux. Donc, on l'a constitué ensemble et on fait "comme si". À partir du moment où tu fais "comme si" tu rentres dans l'imaginaire de ton patient et sans faire de trans formelle, d'hypnose. Donc je leur demande ce que je peux mettre ma main sur votre jambe et puis, je fais comme si je passais de la pommade sur votre jambe. Souvent, il y a un peu d'ulcère un peu en dessous. Et puis je dis "je fais comme si je passais une pommade qui va endormir, qui va pénétrer de tissu en tissu et tranquillement aller endormir la jambe et le bout des orteils". Je brode beaucoup. Et puis je dis "oh, ça pourrait être une pommade à vous. On pourrait la faire, quelle couleur vous aimez ?". Je parle de la couleur, du visuel. Donc il y a

une dame, une fois, elle me dit "multicolore". "Et quelle température, est ce qu'elle serait fraîche, tiède, chaude ?" "Tiède" Et quelle consistance ? Gélatineuse ? Crémeuse ?". Elle me dit "Ah gélatineuse !" "Très bien et je passais la pommade et que petit à petit..". Et à un moment donné, je dis "Je vais tester l'autre jambe. Alors c'est comment la jambe-là, par rapport à l'autre ?". "Ah oui, c'est plus endormit". "Ah bah on va remettre une couche alors". Et à un moment donné "ah mais je sens presque plus", "ah bah c'est très bien, et bien tant que vous faites "comme si" et bien l'anesthésie elle est là et vous êtes confortable". Après je peux partir sur une transe plus formelle, je fais mon soin de déterSION. Après, je dis "Ecoutez, votre pommade-là, on va refermer le tube et puis vous allez pouvoir la mettre dans le sac. On fait "comme si" c'est votre imaginaire. Et puis demain, vous pourrez faire pareil et vous allez prendre la pommade sur votre main et passer la pommade sur votre jambe. Et vous allez voir, vous allez être endormi très rapidement." Il y a plein d'outils, tu peux faire les lieux de sécurité, la métaphore, le fait de faire des images, tu fais jouer l'imagination. Tu as un panel très large en fait. Et puis tu vois, moi, mon objectif, quand j'ai été formé com thérapeutique mais surtout hypnose, mon objectif était de rendre autonomes les patients, donc du coup, je les forme à l'autohypnose, ils sont très compétents parce que dans l'hypnose, c'est le patient qui bosse. Après, il peut reproduire cet état chez lui et j'ai plusieurs patients qui l'ont bien intégré et qui ont cheminé jusqu'à la cicatrisation complète.

Marie

Et du coup la pommade magique, c'est une sorte d'autohypnose ?

Isis

Ouais, ouais, c'est une sorte d'autohypnose sans que ce soit très formel. Mais bon, ça marche bien. Le gant magique, même chez les enfants, ça marche super bien le gant magique. Moi, mon fils, mon petit dernier, quand il a mal à la gorge ou autre, j'utilise le gant magique avec lui. Lui, c'est souvent des paillettes rouges, écoute, ça a un effet bœuf. Une fois, il avait mal à une dent parce qu'il perdait ses dents, il avait 8 ans. Il pleurait, il était allongé à côté de moi, sur le lit. C'est intéressant aussi de voir ça, ton patient, il est focalisé sur une douleur. Par exemple, mon fils, c'était sa dent. Puis je lui ai dit "Mais il y a un autre endroit dans ton corps qui est quand même plus confortable ? Moi, je suis sûr, il y a d'autres endroits dans ton corps." Je crois qu'il ne voyait pas où je voulais en venir. Je dis "ton pied-là, il est confortable." Et puis, dans ses sanglots "Ouais" et je dis "Bah ouais, tu vois ton pied, il est confortable et t'as vu, il est posé sur le drap, tu sens la sensation du drap. Et si je mets ma main sur ton pied, là, tu sens la chaleur de ma main. Regarde, concentre toi là sur ma main, tu as vu là, la chaleur elle pénètre dans ton pied. C'est comme si elle endormait ton pied. Donc tu visualises,

là, tu ressens, petit à petit, la chaleur pénètre de plus en plus et puis ça endort et qu'est-ce que c'est confortable. J'utilise beaucoup chez les patients, "qu'est ce que c'est confortable, qu'est-ce que c'est agréable !". Il faut broder. Et puis, à un moment donné, j'avais mis sa main, c'était sa main que j'avais mis sur son pied et tu ressens avec ta main. Et après, je lui dis "Et bah maintenant ta main, tu vas pouvoir tranquillement la mettre sur ta joue". Et donc il fait ça. Je dis "Est-ce que tu ressens la chaleur de ta main qui rentre au niveau de ton visage, puis, petit à petit, pénètre..." Et écoutes, il s'est endormi, la douleur n'était plus là. Chez les enfants, c'est magique. Mais chez les patients aussi c'est magique, ça marche super bien. C'est de l'auto-suggestion.

Marie

Est ce que tu perçois une différence dans des soins avec communication thérapeutique et sans communication thérapeutique?

Isis

Si tu n'a pas de communication tu ne créés pas le lien, c'est la relation de confiance. Donc tu peux avoir des patients qui vont être opposants à tout, qui vont rester dans leur douleur. Et ton patient, il ne va pas adhérer aux soins. Après toi, tu vas faire ton soin, mais tu ne vas pas être satisfait de toi parce que pareil, on est satisfait de ce qu'on fait aussi. Et oui, on voit la différence. Ce n'est pas pareil. Et ton patient, le problème, c'est que par rapport à la douleur, s'il reste dans la douleur, il aura peur la prochaine fois. Si, il y a une réelle différence, ça, c'est une évidence.

Marie

Donc ça lui permet de moins avoir d'appréhension sur le prochain soin.

Isis

Ouais, comme je te disais l'heure, l'anticipation de la douleur ou de la peur, si on travaille dessus avant, ton patient, il aura moins mal. Moi, je vois bien, à la consultation pansements quand ils sont dans la douleur, ils nous connaissent et quand ils arrivent, et souvent, il y en a plusieurs qui l'ont dit "Quand je viens vous voir, je devrais avoir peur parce que je sais que vous n'allez pas être gentil avec moi. Mais en fait, je viens voir les copines. Je suis trop content. On rigole et tout". Et tu vois, c'est super. Moi, je suis contente qu'ils vivent ça différemment. Et qu'ils soient contents de venir à la consult.

Marie

Et du coup, c'est être encore plus en adéquation avec nos valeurs.

Isis

Ouais et le ton de la voix, c'est prendre le temps de parler. Dans la com thérapeutique, tu as tous les langages et tous les sens. Tu vois sur le timbre de la voix, l'intensité, les voix graves qui sont plus rassurantes, prendre le temps, les silences, très importants les silences.

Marie

Et j'avoue que j'ai du mal à les gérer encore des silences. C'est dur, je trouve.

Isis

Parfois, il y a des patients qui ne veulent pas parler et je respecte. Je dis "Je suis là pour vous. Puis, si vous avez besoin, moi, je veux vous rendre confortable." Et après, tu brodes.

Marie

Je vais faire un petit point sur l'hypnose, je n'ai jamais assisté à de l'hypnose formelle, mais du coup, on a eu notre CM qui m'a beaucoup intéressé avec des exemples vidéo. Donc du coup, est-ce que vous avez déjà utilisé ou assisté à de l'hypnose formelle ?

Isis

Je suis formée à l'hypnose depuis 2016-2017. J'avais fait un DU. Je l'utilise vraiment dès que je peux. En fait, je ne prépare jamais rien, je pars au feeling à chaque fois. Et puis parfois lorsque les chirurgiens veulent faire des gestes invasifs rapidement, j'aimerais faire de l'hypnose qui s'installe plus rapidement. Après, peut-être que moi, je ne me fais pas assez confiance. C'est ce que je me dis, parce que parfois, ça va très vite avec les patients. Mais l'hypnose formelle, c'est magique. Même les patients les plus cartésiens, c'est eux qui partent le plus facilement en hypnose. Quand ils veulent essayer, parce que je ne le ferai jamais chez un patient qui refuse, c'est l'éthique dans l'hypnose. Un patient qui refuse l'hypnose, je ne me permettrais jamais. Après, je démystifie beaucoup l'hypnose en leur disant que ce n'est pas ce que vous voyez à la télé. Je leur dis souvent "dans l'hypnose votre conscience, il est là, vous entendrez tout ce qui se passe dans la pièce et en même temps, ça va être

peut être plus rassurant pour vous et ça va vous permettre d'aller encore plus profondément dans cette hypnose et dans cet inconscient. Et c'est inconscient que votre inconscient. Et vous avez toutes les solutions en vous. Votre inconscient, c'est un grand magasin de solutions". Et puis voilà, je fais beaucoup mes inductions sur la respiration. "Et puis tranquillement, peut-être que vous pouvez vous autoriser à vous retrouver dans un endroit où vous vous sentez bien, en sécurité.". C'est vrai que quand on apprend l'hypnose, on fait tout un listing avec la personne : le lieu où vous aimeriez être, etc. Je demande plus en fait, c'est eux qui trouvent tout seul. Donc, du coup, je reste très flou dans mes suggestions dont mon parler. C'est vrai que je reste très flou parce que je ne sais pas où ils vont. Donc parfois, ils peuvent aller nulle part aussi. C'est juste un état où il est bien là où il est et il a pas envie de revenir. Mais parfois, j'ai des patients, c'est impressionnant. Il y avait une dame, il n'y a pas longtemps, elle me disait, "mais je me suis retrouvé chez ma grand-mère quand je mangeais ma tartine de confiture assis sur les marches". Et je ne savais pas ça, donc je restais, moi, très flou dans mes suggestions. Mais en fait, le soin était confortable. Et j'en ai un autre, une fois, j'ai un monsieur et lui dans son jeune temps, il a fait du parachute. Il s'est retrouvé en l'air et à un moment donné, je l'ai vu faire ça. A la fin, je lui dis "C'était quoi ça ? Et c'était quoi, ça ? Ben ça, il tirait sur les fils du parachute. Et ça, il disait que tout allait bien aux autres qui étaient avec lui. En fait, ce monsieur-là, il a très vite appris l'autohypnose. Sur un autre moment de soin, il s'était retrouvé aussi en saut en parachute. Mais c'était une expérience qu'il avait plutôt mal vécue parce qu'il avait un jeune avec lui et il avait eu beaucoup de vent et il n'était pas confortable du tout. Et moi, ça m'a démuni parce que j'étais dans ma première année donc je n'avais pas encore toutes les solutions pour l'aider. Et après, j'ai montré cette vidéo-là à une collègue qui était formée à l'hypnose et elle m'a dit "Si, si, en fait, tu as réussi à rentrer". Et en fait, je suis allée dans son truc mais bon, il n'était pas confortable du tout. D'ailleurs, même à la fin, il avait atterri. Et puis, il me fait aïe et moi, je termine à la désertion. Et puis je dis "Mais qu'est ce qui se passe ?" "Non, mais je me suis foulé la cheville en atterrissant." Puis j'allais mettre le bandage, "eh bien je vais mettre un bandage pour que vous soyez plus confortable". Et puis par exemple, j'ai eu un patient qui avait parlé pendant tout le soin et pendant toute l'hypnose. Je m'étais posé la question de savoir s'il était vraiment en hypnose et finalement si, parce que t'as les signes de la transe. Il était parti aux champignons dans les bois. A un moment donné, j'enlevais des agrafes au niveau de sa cuisse et sa jambe. Et il me fait "Aïe !". Moi, j'enlevais une agrafe. Et puis je dis "Qu'est ce qui se passe là ?". Puis il me dit "Je lui ai peut-être fait mal". J'étais hyper surprise et puis je dis "mais à qui ?". Et puis il me dit "au champignon". Et je dis "ah mais ah bon ? Mais qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que le champignon soit plus confortable ?" Puis, il me dit "Il faudrait enlever les épines de la botte de la châtaigne.". En fait, j'enlevais les agrafes. Alors là, j'avais été déstabilisée parce qu'il m'avait parlé tout le long. Et c'est vrai qu'en hypnose, ton patient, il peut te parler tout le long. Alors j'utilise l'hypnose pour les soins, pour les douleurs

induites, mais plus en lien avec l'anxiété. Comme je te disais, parce que la douleur est majorée par tout ce qui est peur et anxiété. Je peux l'utiliser en pré-op aussi quand les gens ont peur. Je vais l'utiliser même pour l'hypnose détente parce que parfois, ils ont envie de se poser un peu donc je leur propose. Je vais en dehors du service aussi, mais je n'ai pas de temps dédié, mais je suis demandée souvent en réanimation cardiaque pour voir les patients qui ont des assistances cardiaques. L'idée, c'est de leur redonner de la sensorialité parce qu'ils sont figés dans leurs peurs et dans toute cette technicité autour d'eux, parce qu'ils ont plein de machines. Les assistances cardiaques, ils ont leurs cœurs carrément au pied du lit, parce que le circuit du sang se fait par la machine. Je vois aussi les greffer cardiaques en post-opératoires qui ne dorment pas beaucoup parce qu'ils ont des grosses charges de corticoïde. Donc, du coup, pareil, c'est leur redonner de la sensorialité. Ce qui est important en hypnose, c'est de retrouver le mouvement. Donc je leur fais même bouger les mains. C'est vraiment leur redonner la sensorialité, leur donner l'outil pour qu'ils puissent se gérer aussi. Donc voilà, c'est vrai que c'est hyper intéressant. Sinon, de temps à autre, en pneumologie, j'avais vu des jeunes de mucoviscidose. Après, quand je n'ai pas de temps dédié, ce n'est pas facile, je suis assez limitée.

Marie

Et du coup, ma dernière question, c'était les bénéfices de cette technique.

Isis

Déjà le bénéfice sur la douleur, sur l'anxiété, les peurs. Même perso, moi, ça a changé ma vie. Je suis plus sereine. Quand je parlais à un moment donné de toute cette charge de travail au quotidien, où t'as l'impression de perdre tes valeurs de soignants et bien, je les ai retrouvées. Je suis tellement bien dans ce que je fais que je suis contente le matin ou l'après-midi, quand je vais au boulot. Je sais que je vais faire de belles rencontres. C'est gratifiant le retour que font les patients. Oui, je suis sereine, je suis bien. J'aurais dû faire ça il y a beaucoup plus longtemps.

Marie

Du coup, c'est la fin de l'entretien. Si tu souhaites revenir sur des notions ou encore raconter une anecdote ou expérience...

Ah si, ce qui est intéressant, c'est se mettre à l'étage émotionnel du patient. J'avais une petite dame, il y a quelques années maintenant, et elle a crié sa douleur toute la nuit. En fait, je me suis rendu compte, avec du recul, qu'elle est en transe dans sa douleur et toute la nuit elle a crié "j'ai mal, j'ai mal" et elle ne s'arrêtait pas. Et ma collègue avait tout fait pour les soulager. Sauf qu'elle est dans la douleur parce qu'elle était focalisée sur sa douleur et en fait, j'ai fait ce que j'ai fait, mais en fait, je ne me suis pas rendu compte. Le matin, j'ai les trans, je l'entendais crier de sa chambre. Je suis allé la voir et je me suis mise à sa hauteur et là, elle m'a pris par les épaules, mais fortement. Et moi, en fait, j'ai fait pareil mais pas aussi fort. Donc je l'ai pris par les épaules et j'ai l'impression que là, elle sortait de sa transe et elle a arrêté de crier. Elle m'a regardé avec de grands yeux. Elle a ouvert la bouche, comme ça, bouche bée. Et là, je suis partie sur ces différents canaux, j'ai dit "je vois bien que vous avez mal, je vous entends et je le ressens bien.". Donc, du coup, je savais que je tapais dans le but, dans le mille, parce que je rentrais dans un de ses canaux. Et je dis "Maintenant, je vais tout faire pour que vous soyez confortable. Déjà, je vais voir avec le docteur ce que je peux rajouter de plus. Mais peut-être qu'on peut voir votre position là, dans le lit, peut-être que là, on peut faire un peu mieux quand même." Écoutez cette dame-là, après, elle n'a plus du tout crié. En fait, je crois qu'elle était sortie de sa transe hypnotique, mais transe d'alerte et du coup, elle était plus confortable. C'est chouette. Une autre expérience, c'était la première fois que je faisais l'outil hypnotique du u lieu de sécurité après la formation communication thérapeutique. J'avais un patient de 40 ans qui se faisait amputer en trans-fémoral le lendemain. Pareil, il était hyper-algique. Il avait la morphine, cathé péri-nerveux, tout ce qui existait. Et donc, le diffuseur de son cathé était vide donc il fallait que je remplisse ce diffuseur. Donc c'est un soin stérile, tu as la charlotte, le masque... Et il avait mal, il gémissait, n'était pas bien. En plus, je pense que dans son cerveau, l'amputation, ça devait être terrible. Et là, je le vois puis je me dis "zut Claudie, faut que tu fasses quelque chose, t'as des outils, il faut que tu les utilises" Parce qu'on n'ose pas au départ quand t'es formé, parce que t'as un peu peur aussi du regard des autres, t'as de te lancer. Et en fait, je lui ai dit "bah voilà, je peux vous apporter autre chose. J'ai été formé à ça. Moi, je vous propose ça." et il me dit "ouais je veux bien". Je lui dis "qu'est-ce que vous aimez faire ou est ce que vous vous sentez bien ?" et il me dit "J'adore la moto", "Alors comment vous faites, vous rangez où votre moto ? Vous vous habillez comment ? Qu'est-ce que vous faites comme promenade ?". Et puis il me dit "Tiens, j'adore faire les lignes droites, y a les arbres à côté...". Il m'explique comment il s'habille et quel chemin il fait. Donc je pars sur ça, avec les sens, le visuel, l'auditif, le kinesthésique... Et moi, j'étais en train de faire le cathé péri-nerveux en même temps. Ce n'est pas facile quand tu fais le soin en même temps de faire de l'hypnose. Mon conscient il est là, mais je suis un peu en transe moi aussi. Et là, tout d'un coup, il dit "Ouah, je suis à vive allure là !". Et puis moi, j'étais derrière mon masque et intérieurement, je me dis "ouah ça marche !". Et donc il était à vive allure sur sa moto et c'est vrai qu'il ne criait plus sa douleur. Alors

peut-être que la douleur était encore là, mais il était à côté de sa douleur. Mais tu vois, je me dis première expérience et ça marche super. C'est ça qui m'a lancé. Suite à ça, j'ai continué et il y avait les collègues qui demandaient à voir tout ça. Donc, tu acceptes. Après les médecins parce que pareil, les médecins sont souvent très cartésiens et maintenant, les médecins, nos chirurgiens en parlent à la consult. Voilà...

Marie

Merci beaucoup en tout cas.

Annexe III : Entretien avec Rose

Marie

Ça enregistre tout, du coup, on va débiter l'entretien. Est-ce que tu peux te présenter et dire à peu près depuis combien de temps tu es diplômée ton parcours professionnel? Dans quel service travaillé ?

Rose

Du coup, je m'appelle Ophélie, j'ai fait mes études à l'IFSI de Cholet. Je suis diplômée depuis juillet 2019 et du coup, j'ai fait que de l'Ehpad secteur privé et depuis septembre 2019 secteurs publics.

Marie

Ok très bien. Du coup, je vais te rappeler la définition de la douleur. Du coup, mon MIRSI parle de la communication thérapeutique, lors de soins douloureux. Donc, je vais te rappeler la définition rapidement de la définition de la douleur et les différents types de douleur. Du coup, la douleur, c'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. Dans ces termes, elle peut être sensorielle, l'analyse de la nature de la douleur par le patient. Emotionnel, c'est le caractère désagréable de la douleur. Cognitive, elle va influencer sur la perception et le comportement qui va découler du stimulus douloureux et enfin comportemental, la manifestation verbale ou non-verbale de la personne.

Marie

Comment est-ce que vous? Comment évalue la douleur ? Est ce que c'est important dans la prise en soin?

Rose

Ah ben oui, c'est important dans la prise en soin, car c'est de là que des actions vont en découler. Quand t'évalues la douleur, bah, tout dépend de la personne en face. Si c'est une personne qui a toutes ses capacités cognitives, qui est capable de te la verbaliser et de te la dire spontanément à ce moment-là, tu la prends en compte comme ça. Si c'est quelqu'un qui n'a pas ses capacités type maladie d'Alzheimer. A ce moment-là, tu vas le voir ou tu vas le comprendre à travers son comportement qui va être inhabituel par rapport à d'habitude.

Donc, c'est pour ça que c'est important de comprendre comment les gens sont dans le quotidien, s'ils déambulent ou pas. Et puis quelqu'un qui ne déambule pas et puis qui, tout d'un coup, se met à

déambuler de manière comme ça, sans raison particulière, on va se poser la question d'une douleur ou d'une chose comme ça, des gestes répétitifs sur une partie du corps.

Marie

OK. J'imagine que l'ensemble du personnel soignant est important, justement pour évaluer cette douleur et comprendre comment évolue la personne au quotidien et du coup, un pouvoir, un pouvoir comprendre et évaluer la douleur sur le long terme. Comment est-ce que tu accompagnes un patient dans un soin douloureux?

Rose

Tout dépend de si c'est quelqu'un qui verbalise, tu vas essayer de savoir quand est ce qu'il a de la douleur. Si c'est un pansement, c'est au retrait, c'est quand tu fais le pansement, c'est quand tu y touches ? Si c'est quelqu'un qui ne verbalise pas à ce moment-là, tu vas essayer de voir avec le faciès des actions, des cris et des gémissements. Tout ce qui est non verbal, en tout cas. Et puis en fonction, tu vas soit cibler la manière dont tu portes la personne, par exemple au niveau de la jambe, est-ce qu'il n'y a pas un autre moyen de faire que de toucher la plaie ou à côté.

Et puis si vraiment il y a aucune, aucune, aucune possibilité pour ça, tu vas faire appel au médecin en disant qu'à tel moment, la personne se plaint de douleurs. Tu vas lui décrire un peu les scènes. Combien de fois ça s'est répété ? Est ce que c'est à chaque fois, à chaque fois. Et lui, il va mettre en place des antalgiques. Et ça, peut être avant les soins et du coup, après tu évalues en fonction.

Quel est le moment approprié en fonction de l'heure où tu as donné. Si les douleurs sont là tout le temps ça va être un patch généralement ou des antalgiques comme le paracétamol en systématique. Si ce sont des soins qui sont liés à un pansement, souvent, on va avoir le droit à de la morphine quand la douleur est vraiment très importante pendant le soin.

Marie

OK, merci. Oups, pardon, j'ai oublié le prendre soin. Désolée. Comment est-ce que tu peux définir le prendre soin ?

Rose

Le prendre soin, je dirais que ça va être au plus proche de la personne. Apprendre à la connaître, apprendre ses besoins, ses envies, ses désirs. Et puis être au plus proche de ce qu'elle veut en fait. C'est à nous de nous adapter à chaque personne et à ses besoins.

Marie

Et du coup, comment est-ce que tu le mets en place dans ta pratique soignante ?

Rose

Alors nous en EHPAD généralement, on apprend à le faire dès le début des qu'elle rentre. On va aller à sa rencontre, on va discuter avec elle, donc nous, c'est plutôt au niveau infirmier, puis les filles, ça va être dans les soins, au niveau de la toilette et tout ce qui est hygiène, ça peut être au niveau de la restauration. Et puis au final, on va apprendre petit à petit à la connaître d'avantage, notamment aussi avec le psychologue, l'ergothérapeute, la diététicienne. Tout le monde va être mis à contribution.

Et puis au bout de quelque temps, au bout d'un ou deux mois, on va commencer à comprendre comment elle fonctionne. Et du coup, on va savoir comment être au plus proche de ses besoins et du coup, de faire un plan de soins et notamment tout ce qui est projet d'accompagnement personnalisé avec la référente.

Marie

Du coup, pour ce qui est de la communication thérapeutique, qu'est ce que ça évoque ? La notion de communication thérapeutique.

Rose

Je dirais que c'est la communication qu'on a avec le patient, le résident, peu importe où on se trouve, à tout moment de la prise en soins et qui s'adapte à toute situation, que ce soit un pansement, autre chose comme ça. Et ça comporte aussi une explication de notre part sur ce qu'on fait, sur comment on va le faire et vraiment discuter avec lui pour qu'il se rende compte réellement de ce qu'on fait et que ça a vraiment un intérêt pour lui, pour qu'il comprenne à chaque fois le but de nos gestes, de nos actions envers lui, que ce soit quelque chose qui soit méconnu de sa part. Parce qu'alors là, ça pose problème.

Marie

Est-ce que tu utilises la communication thérapeutique dans tes soins ?

Rose

Oui, même si ce sont des personnes qui communiquent peu ou qui ont plus la capacité de verbaliser, oui, parce qu'elles ont toujours leurs capacités pour entendre. Donc oui, c'est important. Toujours leur dire ce qu'on fait au moment où on fait, et un petit peu même en avance, pour qu'elles s'attendent à ce qu'on va faire. Si on fait quelque chose, par exemple en pansement, on va gratter toujours leur dire qu'on va sûrement titiller un petit peu, mais qu'elles peuvent me dire qu'elles ont mal. C'est toujours les prévenir.

Et puis, elles s'y attendent entre guillemets. Elles ne sont pas surprises. C'est aussi bénéfique pour nous que pour elles.

Marie

Et du coup, tout ce que tu dis, ce que tu vas faire. Quelle méthode tu utilises autre que ça lors de ta communication ? Par exemple, peut-être la communication positive. Éviter de dire ça va faire mal ou des choses comme ça.

Rose

On va dire ça peut être un peu dérangeant qui va peut-être ressentir quelque chose. En fait, il faut toujours rester comme tu le dis positif en fait. Il ne faut pas utiliser trop de négations ou des choses qui ont un impact sur elle. En fait, vous restez assez positif dans ce qu'on dit. Voilà, ça peut-être vous déranger un petit-peu, ça va peut-être chatouiller un peu, si on sait que c'est une petite sensation un petit peu dans le genre, voilà. Mais toujours les prévenir, mais ne pas en faire trop non plus. Et puis tu t'adaptes à la personne que tu as en face, mais jamais vraiment dire "ah bah, ça va vraiment faire mal." Jamais le présenter comme ça, parce que déjà, ils vont avoir une appréhension. Et peut-être que, du coup, la sensation de douleur va être augmenté parce que nous, on les aura déjà prévenus que ça va vraiment faire mal. Comme pour une prise de sang en fait. Quand tu fais une prise de sang, généralement y en a qui vont te dire "ça fait mal". Mais je sais que pour certains, ils me disent "ah bah, vous me faites pas du tout mal". Or, moi, je le sais bien que je pique dans la veine, que ce n'est pas une sensation très agréable.

Mais voilà, tu apprends à les détendre. Tu fais un contexte autour, tu n'arrives pas et tu ne fais pas ton soin et d'un coup, tu dis "ça va faire mal", tu auras préparé le patient ou le résident avant, tu poses les choses et puis tu te prépares un petit peu. Je pense qu'il faut avoir de la délicatesse dans ce qu'on fait et dans ce qu'on dit.

Marie

Pour éviter qu'ils anticipent justement ce soin et qu'ils en aient une mauvaise...

Rose

Oui, vraiment, je pense que ça a un impact. Après, tout le monde ne l'utilise pas... Et puis des fois, ça fonctionne et ça ne fonctionne pas.

Marie

Après, il faut s'adapter, si le patient est réceptif ou non, c'est ça ?

Rose

Oui, tu dois t'adapter toujours à ton résident. Moi, je sais que pour les résidents qui ont des troubles cognitifs ou ont des maladies d'Alzheimer assez avancé, bon bah, on va utiliser les AMP de la Maison du sourire, du PASA. Honnêtement, elles sont mieux là pour nous. On a eu le cas avec les PCR. Elles les connaissent par cœur. Elles savent comment les prendre et du coup, on y arrive mieux à faire ce qu'on veut faire.

Marie

Et puis ce sont bien ces personnes qu'elles connaissent, qu'ils connaissent. Du coup, plus rassurant et réconfortant.

Rose

C'est ça ! Du coup, il faut fonctionner en binôme. Il ne faut pas hésiter. C'est Vachement important, binôme, trinôme autant de personnes qu'on peut au moment où on peut. Et du coup, ça nécessite une organisation avec l'équipe. Mais on y arrive toujours. Et puis du coup, je sais qu'avec des personnes, ça marche mieux que d'autres, notamment ta maman ou d'autres. Ce sont des personnes qui sont plutôt positives. Honnêtement, voilà, on y arrive. On sait les personnes avec qui on travaille. Certaines sont assez proches des personnes. Elles les connaissent très, très bien. On va les utiliser. Et puis on choisit un peu quand même nos collègues, on va ne pas appeler des personnes qui sont plutôt abruptes.

Marie

Très bien et du coup, je reviens sur les méthodes. Est ce que tu adoptes une certaine attitude, un ton particulier lors du soin.

Rose

Toujours un ton positif. Je ne suis pas différente de la vie quotidienne et je ne mets pas de distance avec eux. J'ai toujours la distance professionnelle, mais je suis la même que quand je leur distribue les médicaments le matin ou que quand je les vois le soir au tour des médicaments. Et leur demander un peu comment ils sont, je détourne toujours un peu l'attention. Je leur présente ce que je vais faire. Et puis un peu pour qu'ils oublient un peu ce que je suis en train de faire, je vais un peu leur dire "Bah alors aujourd'hui, qu'est ce que vous avez prévu de faire?" Ou s'ils sont passés chez la coiffeuse, un peu détourner leur attention. Ils en oublient un peu ce qu'ont fait des fois, et ce n'est pas plus mal. Et des fois, ils nous disent "c'est déjà fini". Il faut toujours capter leur attention. Et puis c'est une relation qu'on crée avec les résidents. Et puis après, tu arrives dans la chambre des fois, ils ne veulent pas, ils ne veulent pas moi. Je ne vais pas forcer les gens à quelque chose. C'est vraiment obligatoire. Ben, j'en fais comprendre que là, il y a besoin. Mais sinon, voilà, toujours être en accord avec eux. Faut toujours leur dire ce que vous voulez, bien que je le fasse. Ah ben oui, ils sont d'accord. Bon, ben, c'est parti. Et puis voilà

Marie

Toujours rechercher le consentement du patient. Est ce que tu perçois une différence dans des soins que tu as pu faire sans aucune communication thérapeutique et ceux que tu fais avec ?

Rose

Après, oui, je pense que chez les personnes qui comprennent ce qu'on dit, qui comprennent, on veut en venir, je trouve que c'est toujours plus facile que des personnes ou cognitifs, ou on va quand même discuter avec elles et mettre en place ce qu'on peut. On n'est pas à l'abri non plus qu'elles aient une perception différente de ce qu'on veut, en fait. On va faire un pansement qui n'est pourtant pas douloureux. Et puis elle vont crier comme si on leur arrachait une jambe. Voilà, ça, c'est. Je pense qu'on ne changera pas. Et du coup, après, voilà. C'est comme ça. Mais plus personne, évidemment, à la moindre, au mieux, c'est quand même. Et plus elle a des troubles plus c'est compliqué aussi parce que on se demande : est-ce qu'elle a vraiment mal avec ce qu'on fait, est-ce que c'est de l'angoisse ? Il y a plein de choses qui peuvent interférer dans nos soins et du coup, c'est un peu compliqué aussi d'évaluer tout le temps notre communication thérapeutique et les bénéfices qu'elle peut nous apporter mieux, mais toujours rester dans cette communication-là. Et puis si ça fonctionne, tant mieux. Si ça ne fonctionne pas, tant pis. On verra la prochaine fois. On n'est pas sur un échec totalement à chaque fois, on peut se dire ça. Je pense qu'il faut prendre le contexte en soi. Et puis on voit.

Marie

Est-ce que tu as déjà assisté ou utiliser l'hypnose formelle lors de soins.

Rose

Non, non, non pas du tout

Marie

Est ce que tu souhaites revenir sur certaines notions? Raconter des anecdotes ou expériences vécues en lien avec la communication thérapeutique ?

Rose

Non, je pense que j'ai été claire, après si tu as besoin, tu me dis.

Marie

C'est clair aussi de mon côté.

Annexe IV : Tableau d'analyse

Légende :

-Propos concordants

-Propos discordants

-Propos en plus

Thème		Items	
		Rose, non formée en communication thérapeutique	Isis, formée en communication thérapeutique
La prise en soin	La vision de la prise en soin	<p>« être au plus proche de la personne »</p> <p>« Apprendre à la connaître, apprendre ses besoins, ses envies, ses désirs »</p> <p>« C'est à nous de nous adapter à chaque personne et à ses besoins. »</p>	<p>« côté bienveillant et empathique »</p> <p>« créer cette relation auprès de notre patient »</p> <p>« c'est être respectueux envers lui »</p> <p>« être bienveillant avec lui, le respecter, ne pas le juger »</p> <p>« c'est de comprendre et pour pouvoir peut être mieux les aider »</p>
	Les moyens de prise en soin	<p>« on va discuter avec elle »</p> <p>« on va commencer à comprendre comment elle fonctionne »</p> <p>« notamment tout ce qui est projet d'accompagnement personnalisé avec la référente. »</p>	<p>« J'utilise beaucoup les outils de communication thérapeutique »</p> <p>« est-ce que je peux m'asseoir à côté de vous pour discuter un petit peu » »</p> <p>« Je me présente toujours »</p> <p>« tu prends le temps, tout simplement »</p> <p>« avoir des paroles rassurantes, des mots positifs »</p> <p>« L'humour, ça marche bien »</p>

			<p>« sécuriser le patient tout le temps »</p> <p>« L'observation et l'écoute, c'est très important »</p>
La douleur	Les composantes de la douleur		<p>« la douleur est multidimensionnelle »</p> <p>« douleurs aiguës, donc ça, ce sont les douleurs liées, nous, c'est souvent en postopératoire immédiat. »</p> <p>« les douleurs aiguës, ce sont des douleurs qui cèdent rapidement avec des médicaments. »</p> <p>« Les douleurs induites qui sont des douleurs aiguës aussi, finalement, mais elles sont induites par le soignant, par des soins. Celles-là aussi, on peut arriver à les contrôler, mais parfois, c'est difficile. »</p> <p>« Après, tu as les douleurs chroniques [...] des douleurs, qui sont présentes plus de trois mois après, après les premières douleurs donc elles se chronicisent dans le temps et elles vont se chroniciser parce qu'en fait, le patient est comme dans un état de dissociation, c'est-à-dire que ton patient est tout le temps dans ce qu'on appelle la transe d'alerte »</p>

			<p>« ils connaissent cette douleur »</p> <p>« les douleurs neuropathiques [...], tu as des lésions nerveuses »</p> <p>« il y a les douleurs fantômes »</p>
L'évaluation de la douleur		<p>« Si c'est une personne qui a toutes ses capacités cognitives, qui est capable de te la verbaliser et de te la dire spontanément à ce moment-là, tu la prend en compte comme ça. Si c'est quelqu'un qui n'a pas ses capacités type maladie d'Alzheimer. A ce moment-là, tu vas le voir ou tu vas le comprendre à travers son comportement qui va être inhabituel par rapport à d'habitude. »</p> <p>« Donc, c'est pour ça que c'est important de comprendre comment les gens sont dans le quotidien »</p> <p>« tu vas essayer de savoir quand est ce qu'il a de la douleur »</p> <p>« tu vas essayer de voir avec le faciès des actions, des cris et des gémissements »</p> <p>« Combien de fois ça s'est répété ? Est ce que c'est à chaque fois, à chaque fois »</p>	<p>« avec l'échelle numérique de la douleur que je n'aime pas trop parce qu'on parle de douleur et qu'on induit une douleur en parlant de douleur »</p> <p>« j'utilise beaucoup confort et je brode autour du confort parce que le confort n'est pas forcément perçu de la même façon par les patients »</p> <p>« Donc l'échelle verbale simple, elle est pas mal aussi. "Voilà ce que vous avez un petit peu moyennement modérément. Est ce que c'est fort?" »</p> <p>« alors l'algo plus souvent pour les personnes non-communicantes, mais elle est intéressante, justement parce qu'elle permet d'observer le visage, les gémissements, tout ce qui est, voilà les positions. »</p>

	<p>Son importance dans la prise en soin</p>	<p>« c'est important dans la prise en soin car c'est de là que des actions vont en découler »</p> <p>« si vraiment il y a aucune, aucune, aucune possibilité pour ça, tu vas faire appel au médecin » « Et lui, il va mettre en place des antalgiques »</p>	<p>« Faut traité, il faut réévaluer après »</p> <p>« , elle est très importante, elle est primordiale et elle fait partie justement des recommandations et c'est une obligation »</p>
	<p>L'accompagnement du patient dans un soin douloureux</p>	<p>« Si les douleurs sont là tout le temps ça va être un patch généralement ou des antalgiques comme le paracétamol en systématique. Si ce sont des soins qui sont liés à un pansement, souvent, on va avoir le droit à de la morphine quand la douleur est vraiment très importante pendant le soin »</p>	<p>« ils anticipent cette douleur parce qu'ils savent qu'ils vont avoir mal »</p> <p>« il faut travailler [...] toute cette anxiété liée à ça »</p> <p>« ils ont depuis tellement longtemps cette douleur qu'ils n'ont plus de vie parce qu'ils sont tellement fixés sur leurs plaies »</p> <p>« . Il ne s'autorise plus à vivre et bien souvent, le conjoint ou la conjointe est impacté dans cet état Ils ne vivent plus qu'à travers le passage de l'infirmière »</p> <p>« Il y a un impact social et émotionnel et tout ce que tu veux autour. Et en fait le but c'est de les sortir parce qu'ils sont tous les deux et toute la famille impactée là-dedans »</p> <p>« c'est ce qui est intéressant finalement, dans la prise en</p>

		<p>charge de la douleur, c'est de faire prendre conscience aux patients que oui, c'est sûr, il faut valider la douleur, il faut valider que ça ne va pas »</p> <p>« on a des traitements épileptiques qui aident le patient à mieux gérer ces douleurs-là » (les douleurs neuropathiques)</p> <p>« je donne en systématique avec les différents délais et paracétamol toutes les 6 heures, l'acupan toutes les 6 heures, les morphiniques suivant ton évaluation et après on continue si les interdoses sont trop nombreuses, on donne des morphiniques à effet prolongé »</p> <p>« le palier 1, palier 2, palier 3 avec les morphiniques. Et après, voilà, nous ça nous arrive, sur les soins où on a pas mal de technicité avec le Meopa aussi, on utilise le meopa. »</p> <p>« je me renseigne de savoir ce qu'ils ont eu avant »</p> <p>« il faut donner ce qu'il faut avant en traitement par voie orale »</p> <p>« En fait, on est un peu en</p>
--	--	--

			<p>hyper suggestibilité parce qu'en fait, tous nos sens vont être amplifiés. Amplifiés par les mots ou les images ou les ressentis même les odeurs qui vont faire que ça va augmenter cette peur parce que c'est une focalisation sur la peur. Et toi, ta patiente qui parle de douleur, elle est focalisée sur ce mot-là »</p>
La communication thérapeutique	La vision de la communication thérapeutique	<p>« c'est la communication qu'on a avec le patient, le résident, peu importe où on se trouve, à tout moment de la prise en soins et qui s'adapte à toute situation, que ce soit un pansement, autre chose comme ça. »</p>	<p>« La communication thérapeutique, elle va être thérapeutique, à partir du moment où tu apportes un confort à ton patient avec la communication »</p> <p>« Cette étude a montré que notre relation au patient et la façon dont on amène un calmant avait toute son importance dans l'efficacité de ce traitement »</p>
	Les outils de communication thérapeutique	<p>« Et ça comporte aussi une explication de notre part sur ce qu'on fait, sur comment on va le faire et vraiment discuter avec lui pour qu'il se rende compte réellement de ce qu'on fait et que ça a vraiment un intérêt pour lui, pour qu'il comprenne à chaque fois le but de nos gestes, de nos actions envers</p>	<p>« Voilà donc tous les mots que tu vas utiliser en lien avec la douleur va amplifier cet effet »</p> <p>« Si on leur ment, on n'est pas communicants et on peut perdre aussi justement, ce lien relationnel et cette confiance, donc il ne faut pas leur mentir, mais en même temps, il faut essayer de les</p>

		<p>lui, que ce soit quelque chose qui soit méconnu de sa part. »</p> <p>« C'est toujours les prévenir »</p> <p>« Il ne faut pas utiliser trop de négations ou des choses qui ont un impact sur elle. En fait, vous restez assez positif dans ce qu'on dit »</p> <p>« Je pense qu'il faut avoir de la délicatesse dans ce qu'on fait et dans ce qu'on dit. »</p> <p>« tu dois t'adapter toujours à ton résident »</p> <p>« Je sais qu'avec des personnes, ça marche mieux que d'autres »</p> <p>« Toujours un ton positif »</p> <p>« J'ai toujours le regard professionnel »</p>	<p>rassurer et utiliser d'autres termes »</p> <p>« J'ajoute des mots positifs tranquillement</p> <p>"tranquillement, doucement".</p> <p>Et puis voilà "une sensation de fraîcheur »</p> <p>« On parle d'autre chose »</p> <p>« En fait, je brode beaucoup »</p> <p>« . Et puis, on parle d'autre chose où je mets de la musique »</p> <p>« Je travaille beaucoup sur la respiration avec les patients, parce qu'elle est antalgique »</p> <p>« Et puis en fait, c'est moi qui me cale à eux et donc je fais ce qu'on appelle du pacing respiratoire. C'est un outil de com thérapeutique et je vais me synchroniser avec leur respiration et à un moment donné, je vais parler sur leur expiration et en fait, eux, ils vont s'apaiser tranquillement »</p> <p>« je fais des petites induction comme ça, pas formel »</p> <p>« Moi, je les valorise tout le temps »</p> <p>« En fait, tout est très bien en hypnose et en com thérapeutique, même si ce n'est pas bien, c'est très bien</p>
--	--	---	---

		<p>quand même »</p> <p>« On n'utilise jamais de négation parce que le patient n'entend que la négation »</p> <p>« je dis rassurez vous, soyez rassuré »</p> <p>« s'assoient sur les lits pour discuter, ils se mettent à hauteur du patient. »</p> <p>« C'est du mirroring gestuel de postures, tu vas adopter la même hauteur. Moi, quand je m'assois, je demande l'autorisation, je m'assois puis si mon patient est assis à côté de moi, qui croise les bras je vais croiser les bras, mais il ne va pas s'en rendre compte. En fait, ça permet de rentrer encore plus sur la communication avec lui. Et ça, ça rassure »</p> <p>« tu as le mirroring verbal où tu vas reprendre les mots, parfois même l'intensité. Parfois, tu as des patients qui peuvent être agressifs. Alors tu vois, moi, je leur dis "je valide cet inconfort, je comprends. C'est vrai que ce n'est pas normal que vous ayez des douleurs comme ça." »</p> <p>« faut essayer de choper le</p>
--	--	---

			<p>canal sensoriel de ton patient</p> <p>parce qu'on dit souvent qu'on n'est pas sur la même longueur d'onde, mais en fait, on communique avec nos sens »</p> <p>« je suis très kinesthésique parce que je suis dans le toucher, le ressenti »</p> <p>« si tu t'aperçois qu'il est auditif, ben toi, tu vas lui dire "Ah bah, j'entends bien ce que vous me dites" »</p> <p>« si tu as un patient visuel, "je vois bien ce que vous me dites." »</p> <p>« si tu as un kinesthésique "ressent bien, je comprends bien ce que vous me dites." »</p> <p>« Il faut être très persuasif »</p> <p>« Et justement, en fait c'est de l'auto suggestion et il donnait des suggestions de bien-être et de confort »</p> <p>« je vais utiliser beaucoup de mots positifs et des mots rassurants »</p> <p>« le lieu de sécurité. Les patients qui sont dans la douleur, je ne vais pas les amener sur un lieu de sécurité alors qu'ils ont mal. »</p> <p>« Donc on va chosifier la douleur »</p>
--	--	--	--

			<p>« J'utilise beaucoup la pommade magique [...] A partir du moment où tu fais "comme si" tu rentres dans l'imaginaire de ton patient et sans faire de trans formelle, d'hypnose »</p> <p>« Le gant magique, même chez les enfants »</p> <p>« Tu vois sur le timbre de la voix, l'intensité, les voix graves qui sont plus rassurantes, prendre le temps, les silences, très importants les silences »</p> <p>« c'est se mettre à l'étage émotionnel du patient »</p>
	Ses bénéfiques	« Elles ne sont pas surprises. C'est aussi bénéfique pour nous que pour elles. »	« l'anticipation de la douleur ou de la peur, si on travaille dessus avant, ton patient, il aura moins mal »
	L'hypnose formelle		<p>« Quand ils veulent essayer, parce que je ne le ferai jamais chez un patient qui refuse, c'est l'éthique dans l'hypnose »</p> <p>« dans l'hypnose votre conscience, il est là, vous entendrez tout ce qui se passe dans la pièce et en même temps, ça va être peut être plus rassurant pour vous et ça va vous permettre d'aller encore plus profondément</p>

			<p>dans cette hypnose et dans cet inconscient »</p> <p>« C'est vrai que quand on apprend l'hypnose, on fait tout un listing avec la personne : le lieu où vous aimeriez être, etc. Je demande plus en fait, c'est eux qui trouvent tout seul. Donc, du coup, je reste très flou dans mes suggestions dont mon parler »</p> <p>« je suis parti sur l'hypnose avec elle et je fais l'induction par la respiration. Et puis, tranquillement, donc, je lui fais visualiser » « Et puis voilà, je fais beaucoup mes inductions sur la respiration »</p> <p>« Donc parfois, ils peuvent aller nulle part aussi. C'est juste un état où il est bien là où il est et il n'a pas envie de revenir. »</p> <p>« Ce qui est important en hypnose, c'est de retrouver le mouvement. Donc je leur fais même bouger les mains. C'est vraiment leur redonner la sensorialité, leur donner l'outil pour qu'ils puissent se gérer aussi. »</p>
--	--	--	--

	Les bénéfices de l'hypnose		<p>« Déjà le bénéfice sur la douleur, sur l'anxiété, les peurs »</p> <p>« Même perso, moi, ça a changé ma vie »</p> <p>« C'est gratifiant le retour que font les patients. Oui, je suis sereine, je suis bien. »</p>
--	----------------------------	--	--

Abstract

NOM : CRASTE

PRENOM : MARIE

TITRE DU MEMOIRE : La communication thérapeutique pour lutter contre la douleur

Présentation synthétique du travail en **Anglais** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

Pain is an alarm mechanism in our body. To relieve it, we must treat her cause. During the taking care, the caregiver will use communication to create a relationship allowing better care. When it is anxiolytic and analgesic, it will be called therapeutic communication.

Starting from this idea of this communication complementary to drug treatment, I am led to ask myself the following question:

What are the benefits of using therapeutic communication techniques when managing a painful patient?

I first crossed the vision of different authors on the issue of care, pain and therapeutic communication.

Then, to see what was happening in the field, I spoke with two nurses, one of whom was trained in therapeutic communication and hypnosis.

And finally, I cross-referenced the ideas of authors and nurses.

This allowed me to highlight a strengthening of the therapeutic alliance allowing a better experience of care, due to communication techniques.

Présentation synthétique du travail en **Français** : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales

La douleur est un mécanisme d'alarme dans notre corps. Pour la soulager, il faut la soigner. Lors de la prise en soin, le soignant utilisera la communication pour créer une relation pour permettre de meilleurs soins. Lorsque qu'elle est anxiolytique et antalgique, on l'appellera communication thérapeutique.

En partant de cette idée de cette communication complémentaire au traitement médicamenteux, je suis amenée à me poser la question suivante :

Quels sont les bénéfices de l'utilisation des techniques de communication thérapeutique lors d'une prise en charge d'un patient douloureux ?

J'ai d'abord croisé la vision de différents auteurs sur la question de la prise en soin, de la douleur et de la communication thérapeutique.

Puis, pour voir ce qu'il en était sur le terrain, je me suis entretenu avec deux infirmières, dont l'une formée à la communication thérapeutique et à l'hypnose.

Et finalement, j'ai croisé les idées des auteurs et des infirmières.

Cela m'a permis de mettre en valeur un renforcement de l'alliance thérapeutique permettant un meilleur vécu du soin, dû aux techniques de communication.

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Anglais**.

taking care/ pain/therapeutic communication/hypnosis/ relationship

MOTS CLES : Quatre à cinq mots clés en **Français**.

prendre soin/douleur/communication thérapeutique/hypnose/relation

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

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

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation :