



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

L'approche relationnelle au-delà de la douleur

Formateur référent mémoire : Catherine DIEU

MARTIN Loane
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

10 mai 2021



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

L'approche relationnelle au-delà de la douleur

Formateur référent mémoire : Catherine DIEU

MARTIN Loane
Formation infirmière
Promotion 2018-2021

10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

**Travaux de fin d'études :
???**

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

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

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

Le 27 avril 2021.

Identité et signature de l'étudiant : Loane Martin

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 tiens tout d'abord à remercier Catherine Dieu, ma directrice de mémoire pour son soutien, ses conseils et ses encouragements lors de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens ensuite à remercier es professionnels que j'ai pu rencontrer sur le terrain pour le temps qu'ils m'ont accordé et la richesse des réponses qu'ils m'ont apportées.

Je souhaite aussi remercier ma famille pour leur soutien inconditionnel, pour leur présence et pour m'avoir encouragé durant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie l'établissement et les formateurs pour leur investissement tout au long de ces années d'études.

Je remercie également mes camarades de promotion avec qui j'ai pu partager mes doutes, mes peurs et mes connaissances.

Je vous dis un grand merci à tous pour ces longues années de travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
DES SITUATIONS D'APPELS A LA QUESTION DE DEPART.....	2
CADRE CONCEPTUEL.....	5
1- LA DOULEUR.....	5
1.1 Définition.....	5
1.2 La douleur induite par les soins	5
1.2.1 Les soins	5
1.2.2 Les trois types de douleurs.....	6
1.3 Les composantes de la douleur	7
1.4 Les facteurs d'influence du vécu douloureux.....	7
1.5 La gestion de la douleur	8
2- L'APPROCHE RELATIONNELLE	9
2.1 La communication	9
2.1.1 Définition	9
2.1.2 La communication verbale	10
2.1.3 La communication non-verbale.....	11
2.2 Le toucher relationnel et la respiration	12
2.2.1 Le toucher : une approche relationnelle	12
2.2.2 La respiration.....	12
2.3 La relation de confiance	13
2.3.1 Relation et confiance : définitions.....	13
2.3.2 La construction de la relation de confiance.....	13
2.3.3 L'alliance thérapeutique comme instrument du soin	14
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	16
ANALYSE DES ENTRETIENS	17
1- LA NOTION DE DOULEUR	17
1.1 Définition de la douleur	17
1.2 Typologie de la douleur	17
1.3 L'évaluation de la douleur	17
2- L'IMPACT DE L'ENTREE EN RELATION AVEC LE PATIENT	18
2.1 Les modes.....	18
2.2 La création d'une relation de confiance	18
3- LE ROLE INFIRMIER DANS LA GESTION DE LA DOULEUR	18
3.1 La posture du soignant.....	18
3.2 Les techniques et approches spécifiques	19

3.3 La place de la communication	19
DISCUSSION.....	20
1- LA DOULEUR	20
2- L'IMPACT DE L'ENTREE EN RELATION POUR CREER UNE RELATION DE CONFIANCE AVEC LE PATIENT	20
3- LA GESTION DE LA DOULEUR.....	21
CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXES	26

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

David LE BRETON

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma dernière année d'étude, je suis amenée à réaliser un travail de recherche, appelé Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers afin de clôturer mes trois années de formation. Ce travail permet de me placer en tant qu'étudiant en soins infirmiers dans une réflexion personnelle et professionnelle qui me conduit à mobiliser des connaissances et des ressources. Il vient finaliser et concrétiser ma future pratique professionnelle.

Diverses situations vécues en stage m'ont permis de me questionner, principalement celles ayant un impact sur la dimension relationnelle avec les patients. J'ai été particulièrement intéressé et touché par cette dimension relationnelle notamment dans l'accompagnement des patients durant un soin pouvant induire de la douleur psychologique ou physique. C'est ainsi que mon travail de recherche porte sur l'importance de l'approche relationnelle dans la prise en charge infirmière de la douleur induite par les soins.

Je souhaite montrer, en effet, que l'approche relationnelle, faisant partie intégrante de notre métier, peut rendre le soin de base douloureux moins douloureux. Aujourd'hui, la lutte contre la douleur est au cœur de notre métier, il est important de prévenir, réduire et soulager les douleurs induites par les acteurs du système de santé. La communication est essentielle dans la relation avec le patient afin de permettre une meilleure compréhension du patient à sa prise en charge et aux soins. Elle permet d'instaurer une relation de confiance. Depuis de nombreuses années, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central dans les soins. Je trouve qu'il est important de communiquer pour mieux soigner et c'est ainsi que ce sujet me tient particulièrement à cœur.

Dans un premier temps, pour mener à bien ce travail et pour vous guider dans ma réflexion, j'ai exposé deux situations d'appels ainsi que des questions qui m'ont permis d'élaborer une question de départ.

DES SITUATIONS D'APPELS A LA QUESTION DE DEPART

Première situation

Ma situation d'appel se déroule lors de mon stage de cinquième semestre de troisième année à l'Hôpital Sud dans un service de médecine ambulatoire. L'unité de médecine ambulatoire accueille des patients de rhumatologie et de médecine interne. Ce sont des patients qui viennent principalement pour des biothérapies, des bilans sanguins, des consultations médicales ou encore des examens d'imagerie. La situation évoquée porte sur l'accompagnement d'un patient pour la réalisation d'une biopsie synoviale par le médecin et plus particulièrement sur la communication avec ce patient. Je devais en tant qu'étudiante infirmière assister le médecin en m'occupant du MEOPA facilitant ainsi la prise en charge de la douleur du patient.

Cette situation se déroule durant ma quatrième de stage. Mardi 6 octobre vers 11h, un des médecins du service de rhumatologie vient me demander si je peux venir en salle de consultation mettre en place le MEOPA afin qu'il puisse réaliser la biopsie synoviale. C'est un patient âgé de 51 ans géorgien et ne parlant pas le français. La biopsie synoviale consiste à prélever des petits fragments de la membrane synoviale de l'articulation douloureuse c'est à dire le genou pour ce patient. Elle permet de poser un meilleur diagnostic et d'initier plus rapidement une thérapeutique adaptée. Dans ce cas, elle est réalisée car l'articulation est douloureuse et enflée en raison d'une accumulation de liquide du fait de sa polyarthrite rhumatoïde. La biopsie reste un soin douloureux, ainsi le MEOPA va permettre d'atténuer la douleur et de faciliter également le soin. Dans cette situation, nous parlerons en effet de douleur induite par les soins, plus précisément d'une douleur procédurale se définissant comme une douleur de courte durée causée par les soins ou un thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. Pour cela nous utilisons le MEOPA qui associe une action anxiolytique, euphorisante et un effet antalgique. L'état de conscience et les perceptions sensorielles sont modifiés mais le patient réagit et peut communiquer.

Je me rends donc en salle de consultation, je prépare ensuite le MEOPA en adaptant un masque à la tubulure que je donne par la suite au patient. Le médecin à ce moment-là, prépare le matériel pour la réalisation de la biopsie synoviale et explique au patient de manière très simple le déroulement du soin. Il explique succinctement car le patient ne comprend pas bien le français.

Le médecin commence son soin en injectant un produit anesthésiant permettant de diminuer la douleur durant la ponction. J'incite ainsi le patient à mettre le masque sur son visage en lui expliquant de respirer calmement à l'intérieur. Je maintiens le masque afin d'éviter que celui-

ci ne bouge. Durant le soin, le patient retire à plusieurs reprises le masque qu'il ne supporte pas malgré qu'il soit très douloureux. Je le remarque à son fasciés, ses gémissements et son agitation. Je pose à ce moment une main sur sa cuisse afin de contenir sa jambe et éviter qu'il ne la bouge. Puis j'essaye de lui expliquer simplement l'importance de garder le masque dans le but de calmer sa douleur et ses angoisses. J'éprouve beaucoup de difficulté à communiquer et à échanger avec le patient du fait notamment de sa langue étrangère. Je me suis sentie inutile pour le patient et impuissante face à sa douleur. J'essaye donc de lui parler en le regardant dans les yeux et en lui posant des questions sur sa vie personnelle mais cela reste très difficile en raison de la barrière linguistique. De plus, je remarque que le patient n'est pas très réceptif à la communication, il ne veut pas s'exprimer, il reste crispé et concentré sur le soin. Pour terminer, je réessaye à plusieurs reprises de lui mettre le masque qu'il ne garde pas longtemps. Une fois le soin terminé, je ferme le MEOPA et retourne dans la salle de soin.

Avec du recul, je me dis que puisque les traitements médicamenteux n'étaient pas assez efficaces pour le patient et que la communication verbale était compliquée, il fallait trouver une autre approche de prise en charge de la douleur. Je me suis sentie touchée par l'expression de la douleur du patient.

Seconde situation

Cette seconde situation se déroule durant mon stage du sixième semestre de troisième année dans un cabinet libérale de campagne. Les trois infirmières travaillant dans ce cabinet prennent en soin une population de tout âge, elles réalisent principalement des soins d'hygiène corporelle, des pansements simples et complexes, des bilans sanguins, des injections, des glycémies capillaires, des réfections de piluliers et des distributions de traitements. La situation ci-dessous évoquée porte sur la réalisation d'un bilan sanguin au domicile d'une patiente ayant une spondylarthrite ankylosante.

Cette situation se déroule durant ma troisième semaine de stage. Jeudi, vers 9h. L'infirmière m'explique que nous allons réaliser un bilan sanguin chez une patiente âgée de 66 ans atteinte d'une spondylarthrite ankylosante et qui doit réaliser des bilans sanguins tous les 3 mois. C'est donc une patiente que les infirmières du cabinet libéral connaissent bien, Madame R est une patiente très angoissée.

Effectivement, en rentrant chez la patiente, je remarque qu'elle est en anxiété. Je le lui demande si elle accepte que ce soit moi qui réalise le bilan sanguin en lui expliquant que je suis en fin de troisième année et que ce n'est donc pas la première prise de sang que je vais réaliser. Elle

refuse que je lui dise quand je pique. Ainsi, pour se faire je décide de lui parler, de lui poser des questions sur sa vie personnelle afin de la mettre en confiance et de lui faire oublier le soin qui pour elle reste un soin douloureux et angoissant. Une fois l'aiguille retirée, la patiente me dit qu'elle n'a pas ressenti lorsque j'ai piqué, elle n'a pas eu de douleur particulière. La patiente était contente et rassurée quant à la prise de sang.

Je me suis sentie plutôt satisfaite suite à cette situation, j'ai essayé de communiquer et mettre la patiente en confiance pour éviter qu'elle ne pense au soin et à la douleur que celui-ci peut engendrer.

Ces situations m'ont beaucoup questionné et interpellé quant à ma pratique professionnelle et à mon attitude à adopter en tant que future soignante face à ces types de soin. Suite à ces situations, je me suis interrogée sur l'influence de l'approche relationnelle dans le vécu de la douleur du patient. Je me suis posée les questions suivantes : comment rendre le soin moins douloureux ? Comment accompagner le patient douloureux par la communication ?

Ainsi, nous pouvons nous demander **en quoi l'approche relationnelle auprès du patient peut-elle influencer le vécu de la douleur induite par le soin ?**

Je répondrais donc à cette question en deux parties. Tout d'abord, je détaillerai mon cadre conceptuel sur la douleur et l'approche relationnelle. Ensuite, je présenterai l'analyse de mes entretiens et la discussion avec un croisement entre mes recherches, mon questionnement et les entretiens.

CADRE CONCEPTUEL

J'ai identifié à partir de ma question de départ, plusieurs notions et concepts à approfondir, tels que la douleur et l'approche relationnelle. Ainsi, dans une première partie, nous parlerons de la douleur. Puis, dans une seconde partie, nous étudierons l'approche relationnelle du soignant avec le patient.

1- La douleur

1.1 Définition

La douleur peut être définie par le dictionnaire Hachette (2005) comme une « *sensation pénible ressentie dans une partie du corps, résultant d'une impression produite avec trop d'intensité.* » Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la douleur est définie comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentiellement décrite en termes évoquant une telle lésion. La douleur fait partie intégrante du système de défense de l'organisme. La douleur est subjective c'est à dire qu'elle est différente selon les individus et l'environnement. Elle est propre à chacun et évoluera tout au long de la vie. Le caractère individuel et subjectif du ressenti en fait un évènement difficile à transmettre et à faire partager, c'est ainsi que nous l'explique Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé (2008).

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans loi de santé publique de 2004.

1.2 La douleur induite par les soins

Du fait de nos actes techniques et de nos gestes de soins courants, les soignants sont responsables d'agressions physiques et psychologiques auprès des patients provoquant de la douleur et donc une souffrance. Tous les acteurs de soins, médicaux ou paramédicaux sont concernés par cette douleur induite.

1.2.1 Les soins

Les soins peuvent se définir par le dictionnaire Hachette (2005) comme les « actions, moyens hygiéniques ou thérapeutiques visant à l'entretien du corps et de la santé, ou au

rétablissement de celle-ci ». Prendre soin de quelqu'un correspondrait à « être attentif, à veiller au bien être de quelqu'un ».

Selon le dictionnaire des soins infirmiers (1995), les soins infirmiers peuvent se définir comme un « ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier. Les soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative ».

Enfin, Walter Hesbeen (1997) dit « *on fait des soins, on prend soin, on agit avec soin...* ». Il définit le concept de prendre soin comme une attention particulière que le soignant va donner au patient dans le but de lui apporter de l'aide et le meilleur pour lui « *le soin relève ainsi de l'attention. Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien être ou de son état, de son bon fonctionnement* ».

1.2.2 Les trois types de douleurs

Selon François Boureau (2010), la douleur induite appelée également douleur procédurale se définit comme « une douleur prévisible, fréquente, de durée limitée, associée à un geste ou un soin qui doivent être réalisés pour le bien du patient ».

De plus, d'après Évelyne Malaquin-Pavan (2010), la douleur induite a lieu dans un « contexte de soin où la douleur est prévisible, fréquente, de durée limitée, associée à un geste ou un soin qui doit être réalisé pour le bien du patient ». Les soins comme les prises de sang, les pansements mais également les soins d'hygiène corporelle peuvent induire ce type de douleur.

La douleur provoquée se définit comme des « manœuvres volontaires effectuées lors de l'examen clinique [...] dans le but de rechercher un seuil de douleur ou de reproduire une douleur spontanée pour faciliter la compréhension d'un diagnostic associé » d'après Évelyne Malaquin-Pavan (2010). C'est une douleur provoquée généralement par le médecin de manière intentionnelle.

Selon Évelyne Malaquin-Pavan (2010), La douleur iatrogène est « provoquée par le médecin ou le traitement médical ». La douleur iatrogène signifie qu'elle est provoquée par le médecin ou son traitement de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.

Tous les soins peuvent induire de la douleur, une toilette corporelle peut-être plus angoissante et douloureuse qu'une prise de sang. En effet, le soignant entre dans l'intimité du patient. De nombreux soins infirmiers sont douloureux physiquement et psychologiquement. Ces différentes douleurs peuvent être diminuées par l'utilisation de techniques d'approche relationnelle notamment.

1.3 Les composantes de la douleur

Ce qui constitue l'expérience de la douleur d'un patient peut être défini comme la résultante de quatre composantes. Selon Rose-Marie Grilo et Bernard Calvino (2006), les composantes peuvent augmenter ou diminuer en fonction des caractéristiques du stimulus, de l'état du sujet et du contexte dans lequel ce stimulus est appliqué.

Tout d'abord, la composante sensorielle se caractérise par les aspects quantitatifs et qualitatifs de la sensation douloureuse mais également par sa durée, sa localisation et son intensité.

Ensuite, la composante émotionnelle se définit comme les aspects désagréables et pénibles de la douleur, la façon dont le patient la ressent, elle peut entraîner de l'anxiété ou alors de la dépression.

Puis, on retrouve l'aspect cognitif de la douleur qui est un processus mental susceptible de modifier la perception de la douleur en référence à des expériences antérieures personnelles, elle va dépendre de la connaissance et de l'interprétation individuelle en faisant notamment référence au passé. Elle peut également dépendre du contexte de soin.

Et enfin, la dernière composante est comportementale, elle se caractérise comme l'ensemble des manifestations de la douleur consciente ou non, manifestations verbales et non verbales ou encore des plaintes.

La douleur apparaît ainsi comme un phénomène multidimensionnel et non comme une réaction simple.

1.4 Les facteurs d'influence du vécu douloureux

Selon Stéphane Donnadiou (2005), « la crainte, l'insécurité, l'insomnie ou un mauvais repos, la fatigue comme l'hyperstimulation, l'absence de reconnaissance de ce ressenti douloureux par l'entourage, la perte de sens et l'isolement diminuent les capacités du patient à faire face ». L'auteur explique que le vécu douloureux individuel est influencé par de nombreux facteurs. On retrouve, la

nature du soin concerné et l'endroit du corps où le geste est réalisé, la durée et la répétition du soin, l'ancienneté de la maladie et les antécédents de douleur déjà vécue par la personne, l'âge de la personne et son degré de fatigue, la compréhension de la raison du soin, la représentation que la personne se fait de l'acte, l'état psychologique et physique, les croyances de la personne face aux thérapeutiques proposées, l'environnement dans lequel se déroule le soin et pour finir, la maîtrise technique du soignant.

D'après Henry Beecher (1956), la douleur pourrait être également influencée par le contexte dans lequel vit le patient. Il met en évidence que « les soldats blessés au combat ressentaient se plaignaient beaucoup moins la douleur que les patients des hôpitaux ayant des blessures similaires ».

La prévention de la douleur induite doit tenir compte de l'ensemble de ces éléments. L'analyse des facteurs influençant et les réactions des patients permettent de trouver des solutions pour diminuer la douleur induite et augmenter ainsi le confort et la sécurité du patient.

1.5 La gestion de la douleur

Les soignants peuvent combattre la douleur induite par les soins en utilisant des techniques d'approche relationnelle pouvant ainsi diminuer celle-ci et rendre le soin moins angoissant pour le patient.

D'après Évelyne Malaquin-Pavan (2005), le confort du patient va faciliter le soin et permettre de diminuer la douleur induite. Tout d'abord, il est important selon elle, de créer un environnement le moins agressif possible (bruit, luminosité...) et « *s'autoriser à être créatif pour contourner certaines contraintes matérielles (par exemple, rendre moins rugueuse la serviette de toilette en la chiffonnant entre les mains avant de la poser sur le corps, frotter contre la paume de la main le stéthoscope pour éviter de surprendre avec un contact froid...)* ».

Ensuite, il est essentiel d'utiliser l'information par des explications claires et adaptées au développement cognitif du patient ce qui va permettre de créer un climat de confiance et de sécurité. Effectivement, Évelyne Malaquin-Pavan (2005) souligne qu'il faut « *commenter sans excès le déroulement du soin, favoriser l'expression de la crainte du soin, l'anxiété et évaluer au fur et à mesure le vécu du soin. Être vigilant au débit verbal, au ton et à l'amplitude de voix utilisée pour demander quelque chose au patient ou pour l'informer* ».

Pour finir, l'écoute du soignant apporte une disponibilité intégrale au patient qui peut par la suite s'exprimer plus facilement. En effet, écouter c'est entendre et ainsi susciter la verbalisation du patient. Selon Martin Winckler et Alain Gahagnon (2019), « *comme le chagrin, la peur, la joie, le plaisir ou la fatigue, la douleur est une perception. Nul ne peut la ressentir à notre place* ». Savoir écouter exige, en tant que soignant de dépasser le réflexe d'évaluer la douleur d'autrui sur la base de ses à priori. Les auteurs expliquent que le seuil de tolérance de la douleur diffère d'une personne à l'autre, il est donc important d'être dans une posture d'écoute.

Évelyne Malaquin-Pavan (2005) ajoute que nous devons utiliser l'écoute active et les ressources de la communication verbale et non verbale tout au long du soin.

Enfin, la participation du patient est importante dans la réalisation d'un soin. Le soignant doit faire du patient un partenaire. Il aide le patient à s'aider lui-même ce qui le rend acteur du soin.

2- L'approche relationnelle

L'approche relationnelle mise en place avec le patient est primordiale, tout d'abord parce qu'il existe une douleur aussi bien physique que morale. En effet, la majorité des patients pris en soins sont fragilisés par une pathologie qui engendre chez eux de l'inquiétude et donc une souffrance. Rassurer par un geste, un mot, une écoute permet à l'autre de se sentir exister, d'être reconnu et de devenir acteur dans sa prise en soin.

2.1 La communication

2.1.1 Définition

La communication provient du latin « *communicare* » qui signifie entrer en relation et mettre en commun. Selon Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin (1968), la communication se caractérise par « *l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur) en vue d'atteindre certains objectifs* ». Pascal Hallouët et al. définissent la communication comme « *une relation intentionnelle avec autrui, une manière d'être ensemble* » dans le but de transmettre un message. Par ailleurs, d'après les quatorze besoins de Virginia Henderson « *communiquer avec ses semblables est un besoin vital pour l'être humain afin de se maintenir en vie et assurer son bien-être physique et mental* ».

Le ministère des solidarités et de la santé affirme que la communication, acte de soin quotidien, est un élément central du soin, c'est l'un des principaux facteurs de satisfaction, mais

aussi d'insatisfaction des usagers. Elle est donc liée aux soins et incontournable dans la prise en charge des patients.

Nous pouvons différencier deux modes de communication chez l'être humain : le langage digital qui correspond à la communication verbale, et la communication analogique reliée aux aspects non-verbaux des échanges autrement dit la communication non-verbale. Je vais donc décrire les deux formes de communication.

2.1.2 La communication verbale

Désignée également sous le terme de langage digital, la communication verbale est exprimée par la parole à l'aide de signes linguistiques qui constituent le langage c'est à dire les mots et les phrases. Selon Pascal Hallouët et al., la communication verbale fait appel à la parole et « *est composée d'une syntaxe logique complexe, symbolique et, en principe connue* ». Le langage permet d'exprimer à l'autre des idées, des pensées, de lui faire un message et donc d'entrer en relation avec lui. Dans la relation de soin, la communication verbale permet de s'assurer de la bonne compréhension des messages et ainsi d'obtenir une interaction efficace entre le soignant et le soigné.

Emmanuelle Guillemin dans son article sur l'identification et la prévention de la douleur liée à un soin effractif (2015) insiste sur l'importance de formuler des messages avec des mots positifs en utilisant une forme affirmative. En effet, une attention particulière doit être portée sur le choix des mots utilisés par le soignant. Le choix des mots est donc primordial afin de diminuer l'anxiété et la douleur du patient.

Deux autres auteurs viennent également appuyer cette pensée. Effectivement, d'après Franck Bernard et Hervé Musellec (2013), les mots dans la communication avec le patient ont un véritable impact sur nos comportements, nos émotions et notre façon de percevoir les événements. Les mots au coeur du langage « *permettent de nous exprimer et ont le pouvoir de nous rendre triste, joyeux, nostalgiques voire colériques. Les mots nous apaisent, nous enveloppent, nous motivent, ils transpercent nos émotions* ». Il insiste sur l'importance d'utiliser des mots et des expressions positives en évitant l'utilisation de mots à connotation négative, pénible, anxiogène. Ces mots vont apparaître comme des signaux d'alarme et vont focaliser le patient « sur ses craintes, ses angoisses et ses peurs ». De ce fait, les mots positifs avec des thématiques liées au confort et à la sécurité vont permettre d'accompagner le patient vers une atmosphère positive et sécurisante.

Selon David Le Breton (2010), « des mots ou des gestes peuvent agir comme des antalgiques et mobiliser la confiance, alors que d'autres, à l'inverse, induisent la peur et avivent donc la souffrance. »

2.1.3 La communication non-verbale

La communication non-verbale est aussi appelée langage analogique. Selon Régis Fagot-Barraly (2012), « nous ne communiquons pas qu'avec les mots : les regards, les expressions du visage, les gestes et le ton de la voix donnent aussi du volume à notre expression ». Nous ne sommes généralement pas conscients de tous les signaux que notre corps peut communiquer. Pourtant, la communication non-verbale, à travers nos gestes, nos mimiques, nos expressions du visage, notre posture et l'ensemble de notre comportement dévoile de nombreux non-dits sur notre état physique et psychique. Autrement dit, de manière inconsciente, notre corps parle pour nous.

De plus, Guy Barrier (2014) annonce que les expressions du corps ne relevant pas de l'intention de communiquer apportent des informations importantes à l'autre. En effet, un sourire, des larmes, un regard, seront compris par toutes personnes, même ne parlant pas la même langue. C'est une communication universelle qui facilite ainsi l'échange entre les êtres humains.

Le regard est au coeur de la relation soignant-soigné, c'est le premier outil utilisé dans notre relation avec le patient. Christophe Peiffer (2002) auteur de « *Les besoins humains : les connaître, les écouter, les combler* » et créateur du « *blog des rapports humains* » ajoute dans son article « *qu'avant même de dire bonjour, le regard est ce qui relie un soignant à un patient lors de la première rencontre* ». L'auteur explique que le regard est un lien invisible qui relie deux personnes et qui dépend de la qualité de l'échange de regard. Il utilise une métaphore, comparant l'échange de regard avec « *une connexion au web, en wifi* » en affirmant que pour se connecter à un réseau internet, il faut que ce dernier soit avant tout visible et donc que nous ayons un regard sur ce celui-lui. Par ailleurs, il ajoute que le regard transmet de nombreux messages implicites pouvant devenir des sources d'interprétation et « *de montage de films intérieurs* » chez l'autre. En effet, un regard timide de la part du soignant peut être interprété comme un regard fuyant pour un patient. Chez un autre patient, ce regard timide passera pour un manque de sincérité et de vérité. Il peut être vecteur de jugement, d'indifférence ou d'incompréhension. Le contact par le regard est souvent mal interprété. Le soignant doit ainsi adopter sa posture afin faciliter l'échange autrement dit la communication avec le patient. Le regard doit apporter bienveillance et attention en regardant la personne dans les yeux afin de lui montrer l'intérêt qu'on lui porte.

2.2 Le toucher relationnel et la respiration

2.2.1 Le toucher : une approche relationnelle

Paul Valéry a dit « *ce qu'il y a de plus profond chez l'Homme c'est la peau* ». Effectivement, le toucher s'effectue par la peau et donc par les récepteurs sensoriels qu'elle constitue.

Selon Carine Blanchon (2006), « *le toucher est le premier sens de la communication, du bien-être* ». Le toucher relationnel demande une entrée en relation avec le patient et possède une place importante dans la prise en charge de la douleur physique et morale. C'est ainsi, un échange qui permet la création d'une relation privilégiée et d'un climat favorable à l'expression du vécu du patient. Elle dit même que « *sans le toucher, la relation de soin ne pourrait exister* ». Par ailleurs, elle retrace la façon dont on peut initier le toucher, « *pour initier le toucher, il faut d'abord prendre contact par la main et ne plus rompre ce contact, il faut ressentir ce qui se passe en nous tout en étant à l'écoute de ce qui se passe chez la personne* ». Le soignant doit réaliser un contact doux et respectueux permettant au patient de se sentir exister. Enfin, elle souligne que « *le corps de l'autre, celui que l'on soigne est avant tout un lieu, un territoire, son monde* ». Le toucher relationnel est donc une forme de communication qui ne peut pas se faire avec tous les patients. En effet, certains patients n'aiment pas être touchés et certains soignants vont éprouver plus de difficultés pour entrer en contact physique avec eux. Le sens qui est donné au toucher change selon les personnes en fonction du vécu, de l'histoire personnelle passée, et provoque des réactions positives comme négatives. Dans une de mes situations d'appel, le toucher était pour moi bénéfique et le patient appréciait ce geste. Cependant, en prenant du recul sur la situation vécue, je me suis demandé si le geste était adapté au patient et au moment. C'est pourquoi, il faut utiliser le toucher avec prudence et attention.

2.2.2 La respiration

Selon l'équipe du programme ACCORD - Regroupement des forces pour gérer la douleur chronique, la respiration abdominale permet de centraliser la respiration à un rythme normal et aide à diminuer les sensations désagréables de la douleur. Elle est caractérisée comme l'obtention d'une respiration profonde rythmée à l'aide d'exercices respiratoires apportant une aide essentielle en matière de douleur. L'équipe souligne que la respiration peut parfois être trop rapide notamment dans les moments de stress ou de douleur. En apprenant à contrôler sa respiration, le patient va se détendre, son stress et sa douleur vont s'atténuer. D'abord, le patient « *doit prendre conscience de sa façon de respirer* », ce qui lui permettra de se concentrer sur celle-ci et non sur la douleur. Elle

peut en effet faire l'objet d'un apprentissage et permet donc d'autonomiser le patient dans sa prise en soin ce qui le rendra acteur de ce qu'il vit.

Anceline Sildovski, sociologue estime quant à elle « *qu'une bonne respiration est le meilleur outil pour atténuer instantanément une douleur* ». Elle montre que « *lorsqu'une douleur apparaît, le corps se crispe, augmentant encore ainsi cette désagréable sensation* ». Les exercices de respiration profonde vont permettre à la pression de se relâcher sur la zone concernée et ainsi diminuer la douleur.

2.3 La relation de confiance

2.3.1 Relation et confiance : définitions

Selon, le Petit Larousse (2009), le terme de relation serait un « *un lien existant entre des choses, des personnes* ». Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf (2014) définissent la relation comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, deux psychologies particulières et deux histoires* ».

Le terme de confiance est défini comme un « *sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un d'autre* » d'après le Petit Larousse (2009). Par ailleurs, l'étymologie du mot confiance signifie « *foi en quelque chose, en quelqu'un* ». C'est se fier à un autre, se confier pleinement. Il existe notamment la relation de confiance dans les soins.

Selon Patrick Sureau (2018), la relation de confiance est une expression souvent utilisée par les soignants qui suppose « *une réciprocité, un choix engagé de la part du soignant comme du patient* ». C'est le moment où l'autre va pouvoir se confier, s'épancher, se livrer sans la peur du jugement ni du regard extérieur. Laurence Lagarde-Piron (2016), souligne qu'il n'y a pas de soin sans confiance. En effet, « *la relation, le soin et la confiance sont intimement liés : le soin ne peut exister sans la relation qui ne peut s'établir sans confiance. La confiance est fondamentale dans l'interaction de soin* ». Mais comment créer une relation de confiance ?

2.3.2 La construction de la relation de confiance

Selon Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf (2014), « *la véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés* ».

D'après le Dictionnaire Encyclopédique des soins infirmiers (2012), l'infirmier doit adopter trois attitudes afin de créer une relation. Il doit tout d'abord, s'engager personnellement dans la

relation en considérant le patient sans jugement de valeur. Puis, il doit objectiver afin d'éviter une déformation de ce qui peut être observé ou entendu. Pour terminer, la disponibilité du professionnel de santé est sollicitée pour observer, écouter, identifier les demandes du patient. Ainsi, le soignant doit pouvoir développer les trois qualités qui sont l'engagement, l'objectivité et la disponibilité.

Dubois Fresney et Perrin (2017) proposent une définition complète de la relation de confiance entre un soignant et un patient « la relation commence par l'observation, l'écoute : l'infirmière, qui a une bonne connaissance d'elle-même, de sa fonction, de certains concepts théoriques sur lesquels s'appuie sa pratique prendra soin de la personne. C'est à dire l'accompagner, l'aider à se prendre elle-même en charge. L'action de l'infirmière porte sur la personne et son environnement afin de l'aider à identifier qui pose problème et à utiliser ses ressources internes. L'infirmière tente de trouver les réponses satisfaisantes en facilitant l'expression du vécu de la personne soignée, dans le cadre de la démarche de soin, ou de l'alliance thérapeutique ».

Ainsi, le soignant entre en relation avec le patient par l'intermédiaire de la communication qu'elle soit verbale ou non verbale. La qualité de celle-ci semble dépendre des premiers instants qui lui sont accordés. D'après Thominet (2013), la confiance entre un soignant et un patient s'appuierait sur les circonstances de la rencontre.

2.3.3 L'alliance thérapeutique comme instrument du soin

L'alliance thérapeutique est définie par Sigmund Freud (1913) comme un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permettrait de développer avec le patient une communauté d'intérêts et une obligation réciproque. Il insiste sur l'importance d'une relation et d'une collaboration forte entre le patient et le soignant. Il s'agit de créer un climat de confiance tel que le patient et le soignant peuvent travailler en collaboration pour aboutir à un objectif commun.

Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est définie dans la Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers (2012) comme étant un lien de confiance sur lequel se construit progressivement une relation d'aide. Elle se fonde ainsi sur une relation de confiance.

Selon Monique Formarier (2009), l'alliance thérapeutique comporte des aspects fondamentaux qui sont la négociation afin d'être d'accord sur le cadre thérapeutique, la mutualité pour se coordonner, la confiance et pour terminer l'acceptation du patient. Elle suppose

l'établissement d'un lien relationnel avec l'engagement réciproque des partenaires de la relation dans les interactions à partir des caractéristiques de leur personnalité et de leur histoire personnelle.

Enfin, selon Carl Rogers, plusieurs points sont nécessaires à respecter de la part du soignant pour aboutir à la construction d'une alliance thérapeutique solide : la bienveillance, le non-jugement, l'écoute, l'empathie et la considération positive.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de mon travail de recherche, j'ai dû réaliser une enquête auprès d'infirmières professionnelles. L'objectif étant de réaliser cette investigation sous forme d'entretiens. J'ai fait le choix d'utiliser des questions ouvertes et larges permettant aux infirmières interrogées d'organiser leur réponse comme elles le souhaitent. Elles laissent la possibilité d'exprimer leur ressenti personnel sans qu'elles ne soient influencées ni limitées par des réponses prédéfinies. Pour finir, elles facilitent la prise de parole et la mobilisation des idées. Grâce à ces entretiens, j'ai pu approfondir les notions et concepts déjà abordées et recueillir l'avis des professionnels de santé afin d'enrichir mon travail de recherche.

Dans un premier temps, j'ai décidé de structurer mon guide d'entretien en différentes parties afin de pouvoir séparer mes questions et cibler les réponses nécessaires pour l'analyse des entretiens. Les différentes parties déterminées au préalable étaient les suivantes : l'entrée en relation, la définition de la douleur, la gestion de la douleur par l'approche relationnelle. Au sein de ces parties, j'ai élaboré plusieurs questions afin d'étudier plus particulièrement la douleur et la gestion de celle-ci grâce à l'approche relationnelle.

Dans un second temps, j'ai déterminé les professionnels avec qui j'allais m'entretenir. J'ai fait le choix d'échanger d'abord avec une infirmière ressource douleur formée à la communication thérapeutique et ensuite avec une infirmière libérale. J'ai pris contact avec l'infirmière ressource douleur par le biais de connaissances communes et avec l'infirmière libérale durant mon premier stage du semestre 6 que j'ai effectué dans un cabinet libéral. Après les avoir contactées par mail, j'ai réalisé les entretiens, le premier par transmission vidéo et le second au domicile de l'infirmière que j'ai enregistré sur mon téléphone avec leur accord.

Enfin, pour réaliser ces entretiens, j'ai trouvé intéressant d'interroger deux infirmières ayant un parcours professionnel très différent afin d'avoir des échanges variés et de pouvoir comparer les réponses obtenues. Néanmoins, j'ai éprouvé plus de difficultés à réaliser l'entretien avec l'infirmière libérale qui répondait de façon succincte sans beaucoup développer ses propos.

ANALYSE DES ENTRETIENS

Pour respecter la confidentialité des deux professionnelles de santé, j'ai décidé de les appeler IDE 1 et IDE 2. Les deux infirmières sont toutes les deux infirmières depuis quelques années maintenant, elles sont donc expérimentées dans leur profession. L'IDE 1 travaille dans un service de diabétologie, tandis que l'IDE 2 est infirmière libérale dans un cabinet à la campagne.

1- La notion de douleur

Pour commencer, il m'a semblé pertinent de connaître la position des professionnelles de santé sur la douleur. Mon objectif premier était de définir la notion de douleur.

1.1 Définition de la douleur

Tout d'abord, elles ont commencé par aborder la définition de la douleur. L'infirmière 1 définit la douleur en utilisant la définition de l'OMS : « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion réelle ou potentielle ou ressemblant à une lésion réelle ou potentielle* ». Elle ajoute que la douleur prend en compte les quatre composantes qui sont le cognitif, les émotions, les sensations et le comportement. Tandis que l'infirmière 2 définit la douleur comme « *une atteinte morale et physique* ». Par ailleurs, elles se rejoignent toutes les deux sur la notion de « douleur subjective » ou encore « expérience personnelle ». En effet, durant les entretiens, elles ont insisté sur le fait que la douleur était subjective et donc différente d'une personne à une autre. Pour finir, les deux professionnelles sont d'accord sur le fait que tous les soins peuvent être douloureux, l'infirmière 1 ajoute que même de l'éducation thérapeutique peut être douloureux.

1.2 Typologie de la douleur

Les infirmières ont ensuite évoqué les types de douleurs que l'on peut retrouver en soins infirmiers. L'infirmière 1 explique que les différents types de douleurs sont « *nociplastique* », « *par nociception* », et « *neuropathique* ». Selon l'infirmière 2, les types de douleurs sont « *physique* », « *morale* » et « *psychologique* ».

1.3 L'évaluation de la douleur

Puis, les soignantes ont abordé différents outils permettant d'évaluer la douleur du patient. L'infirmière 1 raconte qu'elle utilise le plus souvent « *les échelles sensitifs* », « *les échelles d'autoévaluation* » comme « *l'échelle numérique* » ou « *des échelles d'hétéroévaluation* » comme « *l'algo plus* ». Elle complète en disant que l'échelle numérique est intéressante dans le sens où tout

le monde la maîtrise. L'infirmière 2 utilise également l'échelle numérique mais aussi elle observe les expressions du visage et les plaintes du patient.

2- L'impact de l'entrée en relation avec le patient

En amenant les infirmières à parler du concept de douleur, j'ai trouvé intéressant de repérer la manière d'entrer en relation avec le patient afin de déterminer son importance dans le prendre soin. L'objectif était d'apprécier l'impact de l'entrée en relation avec le patient.

2.1 Les modes

Pour entrer en relation, l'infirmière 1 nous explique à plusieurs reprises que « la mise en connexion c'est la première des choses ». Elle ajoute qu'il y a « le savoir être », « les expériences qu'on acquiert », « la personne qu'on est », « les rituels », « la politesse », « se présenter ». Cette professionnelle insiste sur le fait qu'il doit y avoir une qualité de présence de la part du soignant. L'infirmière 2 rentre en relation avec le patient par l'utilisation du « langage verbal », « toucher » et « sourire ». Pour finir, les deux infirmières se rejoignent en expliquant que l'entrée en relation avec le patient est essentielle.

2.2 La création d'une relation de confiance

Ensuite, les professionnelles ont mis en valeur le fait que l'entrée en relation avec le patient permet la création d'une relation de confiance entre le soignant et le patient. L'infirmière 1 affirme à deux reprises que l'entrée en relation est importante pour la création d'une confiance et d'une alliance thérapeutique qui par la suite facilitera les soins. L'infirmière 2, quant à elle, explique que l'entrée en relation facilite l'acceptation des soins et ainsi l'acceptation des soins permet la confiance.

3- Le rôle infirmier dans la gestion de la douleur

Enfin, mon dernier objectif était d'identifier le rôle infirmier dans la gestion de la douleur du patient.

3.1 La posture du soignant

Tout d'abord, la posture du soignant est très importante auprès d'un patient en douleur. L'infirmière 1 précise que le soignant doit apporter « *douceur* » et « *empathie* », elle répète à plusieurs reprises que le patient doit avoir « *un rôle d'accompagnement* » et de « *connexion* ». Elle précise que c'est un « *rôle d'être humain tout simplement* », le soignant doit vraiment être là en

donnant la priorité à l'être humain qu'il a en face de lui. La seconde infirmière ajoute que le soignant doit « *rassurer le patient* » et se montrer disponible. Enfin, elles se réunissent en insistant particulièrement sur le rôle de présence que doit faire preuve le soignant.

3.2 Les techniques et approches spécifiques

Ces deux infirmières expliquent par la suite les différentes techniques et approches spécifiques à mettre en place lors de la réalisation d'un soin induisant de la douleur. L'infirmière 2 insiste sur le fait qu'elle utilise la « *relaxation* », « *respiration* ». Tandis que l'infirmière 1 témoigne de l'utilisation de thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Elle précise qu'elle peut lors d'une prise de sang par exemple utiliser le « *patch EMLA* », « *mettre un garrot ou non* » en ajoutant comment elle va le serrer et combien de temps elle va le laisser sur le bras du patient. Elle ajoute comme techniques non médicamenteuses, la « *relation* » pour pouvoir répondre aux questions du patient, la « *distraction* », la « *compréhension* » et pour terminer « *l'imaginaire* ». Les deux soignantes se complètent en énonçant l'importance de la « *discussion* » qui permet au patient de se fixer sur celle-ci et non sur le soin induisant de la douleur.

3.3 La place de la communication

Pour finir, les professionnelles ont toutes les deux évoqué la place de la communication dans la gestion de la douleur. Les deux infirmières insistent sur l'importance du choix des mots par l'utilisation de mots positifs : « *ne pas utiliser des mots à connotation négative* », « *mots positifs* ». L'infirmière 1 ajoute que le soignant peut activer la douleur avec les mots, elle dit que « *rien qu'avec les mots, on peut faire mal* ». Elle explique également qu'elle est dans la communication verbale et non verbale avec le patient : « *parfois juste un regard* », « *le fait de s'asseoir à côté de la personne* ». L'infirmière 2, quant à elle, précise que la communication facilite le soin, elle utilise des « *paroles rassurantes* », des « *explications sur les soins* » et des « *questions* » qui incite le patient à se concentrer sur les paroles du soignant.

DISCUSSION

Pour rappel, ma question de départ était la suivante : **En quoi l'approche relationnelle auprès du patient peut-elle influencer le vécu de la douleur induite par le soin ?** Après avoir défini dans le cadre conceptuel les différentes notions et concepts qui émergent de cette question, j'ai analysé les données des entretiens. Dans cette partie, je vais croiser les données afin d'interpréter les résultats de mes recherches et ainsi pouvoir apporter ma propre réflexion sur le sujet.

1- La douleur

Dans un premier temps, j'ai abordé la notion de douleur. Selon les deux infirmières, la douleur est une expérience personnelle et subjective. Comme Claire Chauffour-Ader et Marie-Claude Daydé l'expriment dans leur livre, la douleur est subjective et propre à chacun. Selon elles, le caractère individuel et subjectif du ressenti de la douleur en fait un évènement difficile à transmettre et à partager.

Mes différentes recherches m'ont permis d'apporter des ressources sur les différentes composantes de la douleur qui permettent de compléter la subjectivité de celle-ci. En effet, selon Rose-Marie Grilo et Bernard Calvino, la douleur compte quatre composantes qui vont jouer sur l'augmentation ou la diminution de la douleur en fonction notamment de l'état du sujet et du contexte de soin. Selon moi et selon mes entretiens, les quatre composantes de la douleur sont importantes dans la prise en charge de la douleur et dans le prendre soin du patient.

S'agissant des différents types de douleurs, je n'ai pas trouvé la même chose que les infirmières interrogées. En effet, selon Évelyne Malaquin-Pavan, la douleur peut être induite, provoquée ou procédurale. Par ailleurs, l'infirmière ressource douleur que j'ai rencontré m'explique que pour elle, les douleurs peuvent être nociplastique, par nociception et neuropathique. L'analyse de cet entretien m'a permis de voir et de comprendre qu'il existait d'autres types de douleurs qu'il aurait été intéressant de développer. En tant que future professionnelle de santé, je pense qu'il est important de connaître les différentes douleurs afin d'adapter sa prise en soin en fonction du patient et du type de douleur.

2- L'impact de l'entrée en relation pour créer une relation de confiance avec le patient

Le deuxième point abordé durant les entretiens concernait l'impact de l'entrée en relation pour créer une relation de confiance avec le patient. Selon les deux infirmières l'entrée en relation avec le patient est essentielle dans le prendre soin. En effet, lorsqu'une infirmière entre dans la

chambre d'un patient, ainsi une relation se construit dès son entrée dans celle-ci. La politesse, les rituels, la qualité de présence facilitent et permettent l'entrée en relation avec le patient. Avant d'effectuer mes recherches, je ne pensais pas que l'entrée en relation avec le patient pouvait être un facteur aussi prégnant dans la réalisation d'un soin induisant de la douleur. Les deux infirmières ont beaucoup insisté sur ce fait. On constate ainsi des différences entre mes recherches et mes entretiens, il manque des éléments à approfondir. Effectivement, il aurait été intéressant de pousser mes recherches sur l'importance de l'entrée en relation avec le patient. Dans ma future pratique professionnelle, je ferais davantage attention à la façon dont je rentre en relation avec un patient.

Par ailleurs, l'entrée en relation va permettre la construction d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Les différentes recherches que j'ai pu effectuer m'ont permis d'apporter des ressources sur la relation de confiance et sur la création de celle-ci. Comme Thominet l'exprime dans son article, la confiance entre un soignant et un patient s'appuierait sur les circonstances de la rencontre. Cela fait émerger la notion d'alliance thérapeutique comme lien de confiance entre le patient et le soignant.

3- La gestion de la douleur

Enfin, j'ai trouvé intéressant de discuter de la gestion de la douleur par différentes approches. En tant que soignant, nous devons mettre en place des stratégies pour gérer la douleur. Grâce à l'analyse de mes entretiens et aux différentes recherches effectuées, j'ai pu remarquer que la posture du soignant possède une place importante dans la gestion de la douleur. Selon Évelyne Malaquin-Pavan, l'écoute, la communication verbale et non verbale sont des éléments précieux dans le prendre soin d'un patient en douleur. Les infirmières avec qui je me suis entretenue ont renforcé ces propos. D'ailleurs, d'après elles, le rôle de présence et de disponibilité du soignant serait également précieux.

Par ailleurs, elles ont insisté sur la place importante de la communication durant un soin douloureux notamment dans le choix de mots par l'utilisation d'un vocabulaire positif et rassurant. La communication occupe une place importante dans la prévention des douleurs induites par les soins. En effet, le fait d'employer un vocabulaire positif et d'utiliser des phrases affirmatives apporte au patient une approche différente de la douleur et l'emmène dans un autre imaginaire. Pourquoi la douleur serait-elle toujours associée à un événement douloureux ? La communication m'a fait prendre conscience que l'utilisation des mots dans le langage soignant devrait être transformée. J'aimerais, en tant que future infirmière développer et encourager la communication thérapeutique à travers l'utilisation d'un vocabulaire positif. C'est-à-dire de transformer les négations en paroles

positives. Je pense que c'est une façon d'améliorer le vécu de la douleur et le futur de la douleur. L'approche de la douleur est de plus en plus individuelle, on ne pourra jamais en faire des cases, chacun à sa propre façon de la dompter.

Au fur et à mesure de mes différentes recherches, mes pensées ont évolué et de nouveaux questionnements ont émergé. Toutefois, ce travail d'initiation à la recherche a attiré mon attention sur un point que je trouve important et qui, selon moi, pourrait être davantage développer, le choix des mots. La communication thérapeutique demande un travail sur soi-même. Nous devons nous écouter, noter ce que nous disons de négatif par exemple et enfin s'approprier une communication positive. Le choix des mots est-il assez discuté pour éviter d'autres maux ? L'intention est-elle mise à travers chaque mot ? Ne serait-il pas intéressant de travailler sur l'intention et la préparation de mots pour améliorer sa communication ? C'est ainsi, que je me suis posé la question suivante : De quelle manière le langage affirmatif à travers des mots positifs peut-il apaiser les maux ? Ce questionnement pourrait faire l'objet d'une recherche plus approfondie sur le thème du choix des mots comme expliqué précédemment.

CONCLUSION

Tout au long de ce travail d'initiation à la recherche, nous avons tenté de répondre à la question suivante : **en quoi l'approche relationnelle auprès du patient peut-elle influencer le vécu de la douleur induite par le soin ?** Pour ce faire, j'ai d'abord effectué des recherches théoriques, afin de définir les notions et concepts de la question de départ. Ensuite, j'ai décidé d'interroger deux infirmières ayant des parcours professionnels différents. Les réponses des deux professionnelles de santé étaient pertinentes et m'ont permis de comparer leur point de vue. J'ai analysé et croisé toutes les informations obtenues. Cette étude m'a permis de définir la douleur sous différents aspects, de mettre en valeur l'importance de l'entrée en relation avec le patient, puis d'identifier la gestion de la douleur par l'approche relationnelle. Suite à ce travail de recherche, nous pouvons dire que l'approche relationnelle est indispensable pour le patient notamment dans le vécu d'une douleur induite par un soin.

Ce travail de recherche m'a permis d'enrichir mes connaissances, compétences, de nourrir ma réflexion en tant que future professionnelle. Afin de compléter mes recherches, je pense qu'il serait intéressant d'effectuer une enquête auprès de patient afin de comprendre l'impact de l'approche relationnelle dans la gestion d'un soin douloureux du côté patient notamment sur l'utilisation des mots.

Le questionnement apporté par mes recherches me permet de continuer à élargir ma curiosité professionnelle. L'achèvement de ce travail de recherche représente la fin de ces trois années de formation qui ont permis de me construire et d'évoluer professionnellement ainsi que personnellement. Ce que je retiens de ce travail de recherche est qu'il est important dans notre métier d'être ouvert d'esprit et d'avoir la capacité de se remettre en question sur ses pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

Anzieu, D. et Martin, J-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints*. Editions des Presses Universitaire de France

Bernard, F. et Musellec, H. (2013). *La communication dans le soin, hypnose médicale et technique relationnelle*. Editions Arnette

Barrier, G. (2014). *La communication non-verbale : comprendre les gestes : perception et signification*. ESF Editeur

Chauffour-Ader, C. et Daydé, M-C. (2008). *Comprendre et soulager la douleur*. Editions Lamarre

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson

Winckler, M. et Gahagnon, A. (2019). *Tu comprendras ta douleur*. Editions Fayard

Dubois Fresney, C., et Perrin, G. (2017). *Le métier d'infirmier en France*. Paris, France : Presses Universitaire de France

Hallouët, P., Eggers, J. et Malaquin-Pavan, E. (2004). *Fiches de soins infirmiers*. (p 669). Elsevier Masson

Fagot-Barraly, R. (2012). *Le non verbal, clé de la communication*. (chap 1). Fagot-Barraly

Blanchon, C. (2006). *Le toucher relationnel au coeur des soins*. (chap 4, 5). Elsevier Masson

Manoukian, A. et Masseur, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. (p 8). Paris : Lamarre

Dictionnaires

Douleur ; Les soins (2005). Dans le Dictionnaire Hachette. Hachette Éducation

Magnon, R. et Déchanoz, G. (1995). *Les soins infirmiers ; Dans Dictionnaire des soins infirmiers*. Ouvrage collectif. (p.193). AMIEC

Relation ; Alliance thérapeutique (2012). Dans Dictionnaires des concepts en sciences infirmières. (p 28, p 111, p.344). Setes editions.

Relation ; Confiance (2009). Dans le Dictionnaire Le Petit Larousse. Paris : Larousse

Articles

Malaquin-Pavan, E., et al. (2010). Dossier : La douleur induite par les soins. *Soins*, 749, 33-49.

Grilo, R-M. Et Calvino, B. (2006). Le contrôle central de la douleur. *Revue du Rhumatisme*, 73, 10-18.

Thominet, P. (2013). Éthique et relation de confiance. *Soins*, 779, 28-29.

Le Breton, D. (2010). Douleur et relation de soins. Dossier. La douleur induite par les soins. Soins, 749, 35.

Guillemin, E. (2015). Identifier et prévenir la douleur liée à un soin effractif. Soins, 794, 42-45.

Peiffer, C. (2002). Beau regard.

Formarier, M. (2009). Les concepts en sciences infirmières. Recherche en soins infirmiers, 64-66.

Sureau, P. (2018). De la confiance dans la relation de soin. Soins, 824, 44-46.

Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers : une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. Dans : Richard Delaye éd., La confiance : Relations, organisations, capital humain (pp. 242-256).

Textes législatifs

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique.

Sites internet

Ministère des solidarités et de la santé. (2019). Communiquer c'est soigner. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/communiquer-c-est-soigner-420103>

ANNEXES

I- Guide d'entretien

Présentation de l'infirmière :

- Identité de la personne ? Depuis quand êtes-vous infirmière ? Quel a été votre parcours depuis votre diplôme ? Âge ? Service ?

L'entrée en relation :

- Selon vous, l'entrée en relation avec un patient est-elle importante, déterminante ? Pourquoi ?
- Pour vous, existe-t-il une manière particulière d'entrer en relation avec le patient ?
- Avez-vous évolué dans votre approche relationnelle au cours de votre carrière ? Quelles ont été vos influences ?

Définir la douleur :

- Pouvez-vous me donner une définition de la douleur ? C'est quoi avoir mal ?
- Quels types de douleurs connaissez-vous ?
- Quels outils utilisez-vous pour évaluer la douleur ?
- Pour vous qu'est-ce qu'un soin douloureux ?

La gestion de la douleur par l'approche relationnelle :

- Quel rôle peut avoir le soignant auprès d'un patient en douleur ?
- Utilisez-vous des techniques ou approches spécifiques face à la douleur ? Si oui lesquelles ?
- Quelles techniques de prévention de la douleur utilisez-vous ?
- Est-on toujours capable de soulager la douleur ?
- Faites-vous un lien entre douleur et relation, communication ? Lequel et pourquoi ?
- La communication peut-elle influencer le vécu douloureux du patient ? Pouvez-vous vous développer en quoi ?
- Utilisez-vous des techniques de communication pour soulager la douleur lors d'un soin ? Si oui lesquelles ?
- Comment avez-vous été amené à être plus attentif à ces soins ?
- Quel est votre rôle en tant qu'infirmière ressource douleur ?

II- Retranscription entretien N°1

- ESI : Depuis quand êtes-vous infirmière ? Quel a été votre parcours depuis votre diplôme ? Votre âge ? Les services où vous avez travaillé ?

- IDE 1 : Alors je suis infirmière ressource douleur en poste depuis septembre et diplômé depuis 10 ans. Au début, j'ai commencé à travailler sur le pool du CHU puis dans le service de diabétologie environ 10 ans. Sinon, j'ai toujours été intéressée par la douleur, il y a 5 ans, j'ai intégré le réseau des référents douleur et ensuite la formation du CHU puis le DU douleur, en parallèle je me suis aussi formée à la communication et à l'hypnose sur 3 ans.

- ESI : Merci. Juste pour savoir, quel âge avez-vous ?

- IDE 1 : 33 ans.

- ESI : D'accord. Selon vous, l'entrée en relation avec un patient est-elle importante et déterminante ?

- IDE 1 : Pour moi, tous les soins peuvent être douloureux, la mise en connexion c'est la première des choses, la qualité de la présence du soignant qui est super importante pour la création d'une confiance et d'une alliance thérapeutique entre patient et soignant. Donc oui c'est essentiel l'entrée en relation.

- ESI : Oui. Pourquoi ?

- IDE 1 : Comme je disais, c'est pour permettre de créer une relation de confiance et une alliance thérapeutique ce qui après facilitera les soins avec le patient.

- ESI : Pour vous, existe-t-il une manière particulière d'entrer en relation avec le patient ?

- IDE 1 : Euh... C'est le savoir être, les expériences qu'on acquiert, la personne qu'on est, la connexion avec la personne malade, les rituels, la politesse, se présenter, demander comment ça va. C'est aussi une histoire de feeling, de ressenti... L'être humain doit capter, il sait ressentir les choses, s'il y a angoisse, anxiété...

- ESI : Avez-vous évolué dans votre approche relationnelle au cours de votre carrière ?

- IDE 1 : Oui ma pratique a évolué et elle évolue toujours au fil de mes expériences.

- ESI : Quelles ont été vos influences dans votre évolution ?

- IDE 1 : Alors d'abord je dirais mes collègues professionnels de santé : médecins, aides-soignantes, infirmières. Ensuite les différentes formations que j'ai pu réaliser au CHU et les formations personnelles, les lectures, les vidéos que j'ai pu regarder, mon parcours de patiente également, mes enfants, mes proches, ma relation avec mon médecin traitant, mes cours à l'IFSI.

- ESI : Pouvez-vous me donner une définition de la douleur ? C'est quoi avoir mal ?

- IDE 1 : Je vais dire la définition de l'OMS. C'est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion réelle ou potentielle ou ressemblant à une lésion réelle ou potentielle. Je trouve que c'est une définition très large qui parle de l'expérience personnelle et qui prend en compte les 4 composantes de la douleur. Il faut toujours demander au patient ce qu'il ressent.

ESI : Quels types de douleurs connaissez-vous ?

IDE 1 : La douleur neuropathique, nociplastique et par nociception.

ESI : Quels outils utilisez-vous pour évaluer la douleur ?

IDE 1 : J'utilise les échelles sensitives, les échelles d'autoévaluation comme l'échelle numérique que je trouve bien car tout le monde la maîtrise ou des échelles d'hétéroévaluation comme l'algo plus. Je peux utiliser aussi des échelles multidimensionnelles.

ESI : Pour vous qu'est-ce qu'un soin douloureux ?

IDE 1 : Tous les soins peuvent être douloureux par l'exemple l'ETP. Une fois, j'ai dit le mot douleur à la patiente, rien que d'entendre le mot douleur, elle a eu une très forte douleur à la tête qu'on appelle la douleur nociplastique. On doit donc toujours prévenir la douleur et l'anticiper.

ESI : Quel rôle peut avoir le soignant auprès d'un patient en douleur ?

IDE 1 : Le soignant doit apporter douceur, empathie, connexion avec le soignant, il ne doit pas utiliser des mots à connotation négative. Il a un rôle d'accompagnement, de présence, un rôle d'être humain tout simplement, l'être humain ne vit pas bien seul, à quelqu'un à qui tu veux faire beaucoup de mal, tu l'isole. Pour finir, il a un rôle de connexion, de présence pour que le patient ne se sente pas seul, pour ça il faut vraiment une qualité de présence, il faut vraiment être là, il faut travailler sur ses capacités, donner la priorité à l'être humain qui est en face de toi.

ESI : Utilisez-vous des techniques ou approches spécifiques face à la douleur ? Si oui lesquelles ?

IDE 1 : En plus de tout ce que j'ai dit à la question précédente. Deuxièmement, il y a la prévention des douleurs induites avec l'utilisation de thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse que je mets en place pour favoriser ça, par exemple, le patch EMLA, je me pose la question de savoir si j'ai besoin de mettre un garrot ou non, comme je le sers, est-ce que je vais retirer le garrot une fois que j'ai piqué ou à la fin. Puis, toute la relation, est-ce que je dis que je vais piquer et donc tous les signaux d'alarme vont apparaître, ou est-ce que je commence à brancher le patient sur de la distraction, poser des questions sur autre chose, lui parler de la télé par exemple si elle est allumée quand je rentre dans la chambre.

ESI : Très bien.

IDE 1 : C'est aussi important de pouvoir répondre aux questions du patient par rapport aux 4 composantes qui sont la sensation, le comportement, les émotions, le cognitif donc pouvoir accompagner la personne dans ce qu'elle vit, peut-être qu'elle s'imagine avoir ça, ça... Comment vous vous sentez ? Qu'est ce qui ne va pas ? Ça vous inquiète le bilan sang ? C'est les résultats qui vous inquiètent ? Je vois bien que ça vous tracasse. Le but ce n'est pas de rassurer ni de lui dire de ne pas s'inquiéter car on ne sait pas.

ESI : Est-on toujours capable de soulager la douleur ?

IDE 1 : Non de mon point de vue et ce n'est pas toujours bien de toujours vouloir soulager la douleur, la douleur permet aussi de survivre, quand tu te prends une poutre sur la jambe, heureusement que ça fait mal sinon tu laisserais cette poutre sur ta jambe. C'est quelque chose de personnel, ça ne doit pas être une finalité de toujours soulager la douleur, on ne doit pas enlever toute la douleur.

ESI : Faites-vous un lien entre douleur et relation, communication ? La communication peut-elle influencé le vécu douloureux du patient ?

IDE 1 : Oui il y a un lien entre douleur et relation car on peut activer la douleur avec les mots, rien qu'avec les mots, on peut faire mal.

ESI : Utilisez-vous des techniques de communication pour soulager la douleur lors d'un soin ? Si oui lesquelles ?

IDE 1 : La communication verbale ou non verbale, parfois juste un regard, la qualité de présence, le fait de s'asseoir à côté de la personne par exemple, la communication consciente et non violente. O = observer qu'est-ce que je vois, le S c'est le sentiment, le B le besoin et le S la stratégie concrète et réalisable que je mets en place. J'utilise aussi beaucoup l'imaginaire, c'est l'accompagnement dans ta posture de soignant ou compréhension vis à vis du patient.

ESI : Comment avez-vous été amené à être plus attentif à ces soins ?

IDE 1 : Mon attention est très personnelle d'abord, je pensais que j'avais un seuil de douleur très bas depuis mon enfance, très sensible à la douleur depuis petite. On ne peut pas se mettre à la place du patient, ce n'est pas valable car la douleur est une expérience personnelle, si c'était moi qu'est-ce que j'aimerais qu'on fasse, pour toi peut-être que ce n'est rien une prise de sang et pour d'autres si c'est beaucoup, je suis très vigilante à la douleur de l'autre.

ESI : Pour finir, quel est votre rôle en tant qu'infirmière ressource douleur ?

IDE 1 : Tout d'abord cela permet une prise de recul, l'autre jour une infirmière a appelé pour savoir quoi dire au patient lorsqu'elle pique pour éviter la douleur, je me suis préparée à la réunion pour accompagner cette professionnelle, j'ai animé la réunion, je propose différentes choses, j'ai du temps dédié. Au début, par exemple, on peut balancer tout ce qui est négatif sur la prise du sang puis à quoi ça sert pour redonner du sens à ton soin, si toi tu sais pourquoi, le patient est tranquille, comment on pose le garrot... Je peux aussi co-animer cet atelier, faire le lien entre les professionnels de santé...

III- Retranscription entretien N°2

- ESI : Depuis quand êtes-vous infirmière ? Quel a été votre parcours depuis votre diplôme ? Votre âge ? Les services où vous avez travaillé ?

- IDE 2 : J'ai 46 ans, je suis diplômée depuis 1997. Au début, j'étais infirmière dans une entreprise puis j'ai été dans 3 hôpitaux différents. J'ai fait les services de chirurgie digestive, neurologie, cardiologie, pneumologie, gastro entérologie, médecine. J'ai également été 4 ans infirmière en EHPAD puis actuellement je suis infirmière libérale depuis 5 ans.

- ESI : Selon vous, l'entrée en relation avec un patient est-elle importante, déterminante ? Pourquoi ?

- IDE 2 : Alors, elle est importante et déterminante car elle conditionne l'acceptation des soins et l'acceptation des soins conditionne la confiance.

- ESI : Pour vous, existe-t-il une manière particulière d'entrer en relation avec le patient ?

- IDE 2 : Pour moi, je rentre en relation avec le patient par le langage verbal, le toucher, le sourire.

- ESI : Très bien. Maintenant, avez-vous évolué dans votre approche relationnelle au cours de votre carrière ? Quelles ont été vos influences ?

- IDE 2 : On évolue toujours au long de sa carrière. J'ai appris à prendre confiance en moi et à aller de plus en plus vers les patients. Ma pratique en libéral a changé ma façon de voir le patient, à son domicile et pas à l'hôpital. Je trouve que la position de soignant est différente dans le sens où on est chez lui.

- ESI : Pouvez-vous me donner une définition de la douleur ? C'est quoi avoir mal ?

- IDE 2 : La douleur est très subjective d'une personne à une autre. La douleur pour moi c'est une attente physique et morale.

- ESI : Quels types de douleurs connaissez-vous ?

- IDE 2 : La douleur physique, morale et psychologique.

- ESI : Quels outils utilisez-vous pour évaluer la douleur ?

- IDE 2 : L'échelle numérique de douleur de 0 à 10 mais aussi le comportement de la personne, ses expressions du visage et ses plaintes.

- ESI : Pour vous, qu'est-ce qu'un soin douloureux ?

- IDE 2 : Pour ma part, je pense que tous les soins peuvent être douloureux dans le cas où il ne se passe pas bien, la personne ne va pas le supporter et donc avoir mal.

- ESI : Quel rôle peut avoir le soignant auprès d'un patient en douleur ?

- IDE 2 : Le soignant doit rassurer le patient, un rôle de présence et disponibilité je dirais.

- ESI : Utilisez-vous des techniques ou approches spécifiques face à la douleur ? Si oui, lesquelles ?

- IDE 2 : J'utilise la respiration, la relaxation, la discussion afin de fixer l'attention sur autre chose.

- ESI : Est-on toujours capable de soulager la douleur ?

- IDE 2 : Je dirais que non même si nous devons tout faire pour la soulager.

- ESI : Faites-vous un lien entre douleur et relation, communication ? Lequel et pourquoi ?

- IDE 2 : Oui, la douleur peut être à l'origine de la rupture d'un soin, de la rupture de la relation instantanée et de la communication. Grâce à la relation et à la communication, nous pouvons plus ou moins gérer la douleur et permettre au patient de vivre mieux le soin.

- ESI : La communication peut-elle influencer le vécu douloureux du patient ? Pouvez-vous vous développer en quoi ?

- IDE 2 : Oui, dans un sens comme dans l'autre. Des paroles rassurantes, des explications sur les soins, le fait d'utiliser des mots positifs peut rendre le soin plus supportable.

- ESI : Utilisez-vous des techniques de communication pour soulager la douleur lors d'un soin ? Si oui lesquelles ?

- IDE 2 : Je demande à la personne de se relaxer, je lui parle pour qu'elle se concentre sur mes questions et non sur le soin douloureux.

- ESI : Et donc comment avez-vous été amené à être plus attentif à ces soins ?

- IDE 2 : De par mes expériences professionnelles mais aussi bien personnelles.

IV- Tableaux d'analyse

A) Tableau 1

Thème	La douleur		
Objectif 1	Déterminer la notion de douleur		
Classification	<p>Définition de la douleur</p> <p>IDE 1 « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion réelle ou potentielle ou ressemblant à une lésion réelle ou potentielle », « expérience personnelle » x2, « 4 composantes », « sensation, comportement, émotions, cognitif »</p> <p>IDE 2 « douleur subjective », « atteinte physique et morale »</p> <p>IDE 1 « tous les soins peuvent être douloureux par l'exemple l'ETP. Une fois, j'ai dit le mot douleur à la patiente, rien que d'entendre le mot douleur, elle a eu une très forte douleur à la tête »</p> <p>IDE 2 « pour ma part, je pense que tous les soins peuvent être douloureux dans le cas où il ne se passe pas bien, la personne ne va pas le supporter et donc avoir mal »</p>	<p>Typologie de douleur</p> <p>IDE 1 « douleur neuropathique, nociplastique, par nociception »</p> <p>IDE 2 « douleur physique, morale, et psychologique »</p>	<p>L'évaluation de la douleur</p> <p>IDE 1 « échelles sensitifs, les échelles d'autoévaluation comme l'échelle numérique que je trouve bien car tout le monde la maîtrise ou des échelles d'hétéroévaluation comme l'algo plus, échelles multidimensionnelles »</p> <p>IDE 2 « échelle numérique de douleur de 0 à 10 mais aussi le comportement de la personne, ses expressions du visages et ses plaintes »</p>

B) Tableau 2

Thème	L'entrée en relation avec le patient	
Objectif 2	Apprécier l'impact de l'entrée en relation avec le patient	
Classification	<p>Modes</p> <p>IDE 1 « la mise en connexion c'est la première des choses, la qualité de la présence du soignant »</p> <p>IDE 1 « savoir être, expériences qu'on acquiert, la personne qu'on est, la connexion avec la personne malade, les rituels, la politesse, se présenter, demander comment ça va, histoire de feeling, de ressenti... »</p> <p>IDE 2 « je rentre en relation avec le patient par le langage verbal, le toucher, le sourire »</p>	<p>Création d'une relation de confiance</p> <p>IDE 1 « l'entrée en relation est super importante pour la création d'une confiance et d'une alliance thérapeutique entre patient et soignant »</p> <p>IDE 1 « permettre de créer une relation de confiance et une alliance thérapeutique ce qui après facilitera les soins avec le patient »</p> <p>IDE 2 « elle est importante et déterminante car elle conditionne l'acceptation des soins et l'acceptation des soins conditionne la confiance »</p>

C) Tableau 3

Thème	Lien entre relation et gestion de la douleur		
Objectif 3	Identifier le rôle infirmier dans la gestion de la douleur		
Classification	<p>La posture du soignant</p> <p>IDE 1 « douceur », « empathie », « rôle d'accompagnement » x2, « présence » x4, « rôle d'être humain tout simplement », « rôle de connexion » x2</p> <p>IDE 1 « il faut vraiment être là, , donner la priorité à l'être humain qui est en face de toi »</p> <p>IDE 2 « rassurer le patient », « rôle de présence », « disponibilité »</p>	<p>Techniques et approches spécifiques</p> <p>IDE 1 « prévention des douleurs induites avec l'utilisation de thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse »</p> <p>IDE 1 « patch EMLA », « mettre un garrot ou non, comme je le sers, est-ce que je vais retirer le garrot une fois que j'ai piqué ou à la fin », « la relation, est-ce que je dis que je vais piquer ? », « distraction », « poser des questions sur autre chose », « imaginaire », « compréhension »</p> <p>IDE 1 « répondre aux questions du patient par rapport aux 4 composantes », « pouvoir accompagner la personne dans ce qu'elle vit »</p> <p>IDE 2 « respiration », « relaxation », « discussion afin de fixer l'attention sur autre chose »</p>	<p>La place de la communication</p> <p>IDE 1 « ne pas utiliser des mots à connotation négative », « on peut activer la douleur avec les mots », « rien qu'avec les mots, on peut faire mal »</p> <p>IDE 1 « communication verbale », « non verbale », « parfois juste un regard », « le fait de s'asseoir à côté de la personne », « la communication consciente et non violente »</p> <p>IDE 2 «communication pour gérer la douleur », « mieux le soin »</p> <p>IDE 2 « paroles rassurantes », « explications sur les soins », « mots positifs », « je lui parle pour que le patient se concentre sur mes questions »</p>

CONTRÔLER SA RESPIRATION POUR SOULAGER SA DOULEUR : UNE SOLUTION À LA PORTÉE DE TOUS



La respiration est un réflexe essentiel à la survie. Cependant, il arrive qu'elle soit trop rapide, surtout lorsqu'on vit un stress ou de la douleur. Apprendre à contrôler sa respiration permet de se détendre, de réduire son niveau de stress et même de diminuer la douleur.

Lorsque nous éprouvons de la douleur, notre respiration a tendance à devenir plus rapide, ce qui peut augmenter la tension dans notre corps et peut-être aussi notre douleur. De plus, une respiration trop rapide peut entraîner un ou plusieurs des problèmes suivants : étourdissements, sensation d'étouffement, vue brouillée, fatigue soudaine, engourdissements aux mains et aux pieds, moiteur aux mains, raideurs et

tensions musculaires, bouffées de chaleur, transpiration excessive, augmentation du rythme cardiaque, etc.

La respiration abdominale (par le ventre) permet de ramener la respiration à un rythme normal et aide à diminuer ces sensations désagréables.

La respiration abdominale, un exercice qui fait du bien !

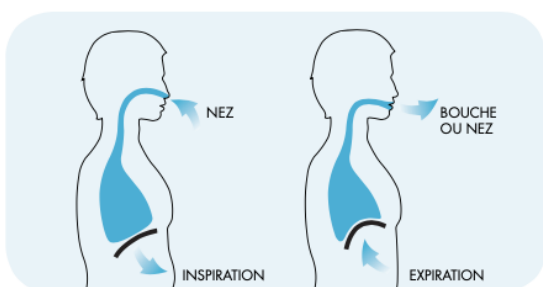
La première étape consiste à prendre conscience de sa façon de respirer. Pour ce faire, nous vous suggérons de réaliser les deux exercices suivants :

- 1- Comptez le nombre de respirations que vous prenez durant une minute. Notez qu'une respiration équivaut à une inspiration et une expiration.
- 2- Placez une main sur votre poitrine et l'autre sur votre ventre, afin de constater laquelle de ces deux parties bouge le plus quand vous respirez.

Si le nombre de respirations que vous prenez est plus grand que 14 par minute et si votre poitrine bouge plus que votre ventre, vous auriez tout intérêt à pratiquer la respiration abdominale telle que décrite ci-dessous. Cela vous aidera à détendre les muscles de votre corps et à diminuer votre douleur.

La respiration abdominale: apprenez à respirer avec votre ventre.

- La position idéale pour pratiquer la respiration abdominale consiste à vous étendre sur le dos, les jambes légèrement soulevées par un oreiller. Vous pouvez aussi vous asseoir sur une chaise, le dos bien appuyé contre le dossier.
- Assurez-vous que vos vêtements ne causent ni pression ni serrement au niveau de votre ventre.
- Placez une main sur votre poitrine et l'autre sur votre ventre.
- Inspirez en gonflant votre ventre, pendant environ trois secondes.
- Expirez en dégonflant votre ventre (sans le rentrer) pour qu'il reprenne sa position initiale, pendant environ cinq secondes.
- Vous pouvez imaginer un ballon dans votre ventre qui se gonfle quand vous inspirez et qui se dégonfle, quand vous expirez.
- Si votre poitrine se gonfle davantage que votre ventre, appliquez une **légère** pression sur celle-ci pour éviter qu'elle bouge et pour permettre à votre ventre de se gonfler.



- Il est important que votre expiration soit lente et qu'elle dure au moins trois secondes ou plus si vous le pouvez. Rassurez-vous: vous aurez plus de facilité à réaliser l'exercice quand vous l'aurez pratiqué plusieurs fois.
- Pratiquez cette technique de respiration abdominale tous les jours, si possible, pendant environ cinq minutes. Avec de l'entraînement, vous pourrez même la réaliser quelques fois par jour ou au besoin.

Donnez-vous le temps de pratiquer et vous verrez que votre corps va s'habituer et la respiration abdominale se fera de plus en plus facilement.

La respiration abdominale peut vous faire beaucoup de bien, si vous la pratiquez!

www.programmeaccord.org

Ce dépliant a été préparé par l'Équipe du Programme ACCORD - Regroupement des forces pour gérer la douleur chronique.

Pour plus d'informations sur la douleur chronique, consultez le site: www.douleurchronique.org ou communiquez avec l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) au 514.355.4198

ACCORD
Regroupement des forces pour
gérer la douleur chronique

NOM : MARTIN

PRENOM : Loane

TITRE : L'approche relationnelle au-delà de la douleur

Summary : This final thesis discusses relational approach in nursing management of pain induced by care. Indeed, the relational approach is systematically implemented in the care of a patient, which makes it an essential element. Moreover, the fight against pain is at the heart of our job, it is important to prevent, reduce and relieve pain. During my interships, I had to deal with different situations which allowed me to question myself on the subject. The relational approach influences the patient's experience of pain, that is why, I based my dissertation on the following question: How can relational approach to the patient influence the experience of pain induced by the care ? In an attempt to answer my question, I conducted research to define the various concepts. Afterwards, to discern the difference between the application and the theory, I met two nurses to gather professional opinion on the subject. The analysis of these interviews, cross-referenced with my various readings, allowed me to define pain in a multidimensional way. In addition, the study shows the importance of entering into relationship with the patient. Finally, this work highlights, the nursing role through the use of the relational approach in pain management.

Résumé : Ce travail de fin d'étude aborde le thème de l'approche relationnelle dans la prise en charge infirmière de la douleur induite par les soins. En effet, l'approche relationnelle est mise systématiquement en place dans le prendre soin d'un patient ce qui fait d'elle un élément essentiel. Par ailleurs, la lutte contre la douleur est au cœur de notre métier, il est important de prévenir, réduire et soulager la douleur. Durant mes stages, j'ai pu être confrontée à différentes situations qui m'ont permis de me questionner sur le sujet. L'approche relationnelle influence le vécu de la douleur du patient, c'est pourquoi, j'ai réalisé mon mémoire à partir de la question suivante : En quoi l'approche relationnelle auprès du patient peut-elle influencer le vécu de la douleur induite par le soin ? Pour tenter de répondre à cette question, j'ai effectué des recherches afin de définir les différents concepts. Par la suite, pour confronter la théorie et la réalité du terrain, j'ai rencontré deux professionnels de santé afin de recueillir leur avis à ce sujet. L'analyse de ces entretiens, croisés avec mes diverses lectures, m'ont permis de définir la douleur de manière multidimensionnelle. De plus, l'étude montre l'importance de l'entrée en relation avec le patient. Enfin, ce travail met en évidence, le rôle infirmier par l'utilisation de l'approche relationnelle dans la gestion de la douleur.

Key words : Relational Approach / Pain / To take care / Patient / Induced care

Mots clés : Approche relationnelle / Douleur / Prendre soin / Patient / Soin induit

Institut de formation en soins infirmiers du CHU de Rennes

2, rue Henri le Guilloux 35 033 Rennes Cédex 09

Travail écrit de fin d'étude-2021