



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

Panser la douleur autrement que par les médicaments

Formateur référent mémoire : FESNOUX Séverine

Agathe de RENDINGER
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
2 Mai 2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

Les techniques de médiation de la douleur dans un contexte gynécologique

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 22 Avril 2022

Identité et signature de l'étudiant :

Agathe de RENDINGER

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 à remercier Séverine Fesnoux, formatrice référente de ce mémoire qui m'a guidée tout au long de la rédaction de ce travail, pour sa gentillesse, ses précieux conseils, et ses encouragements.

Je remercie aussi tous les professionnels de santé qui m'ont accordé de leur temps pour partager leurs expériences professionnelles et ainsi contribuer à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Je me dois aussi de remercier mes proches qui m'ont encouragée durant l'élaboration de ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 - Le cheminement vers la question de départ	
SITUATIONS D'APPEL	2
1.1 Situation d'appel n°1	2
1.2 Situation d'appel n°2	5
1.3 Le questionnement	6
PARTIE 2 - Cadre théorique	6
1. La douleur	6
1.1 Définir la douleur	6
1.1.1 Souffrance et douleur	6
1.1.2 L'Histoire de la douleur	7
1.2 Le Mécanisme de la douleur	8
1.2.1 Le système nerveux	9
1.2.2 Le message nerveux	9
1.2.3 La réponse au message nerveux	11
1.3 La mémoire de la douleur	11
2. Les représentations de la douleur dans un contexte de gynécologie	12
2.1 L'histoire de la douleur chez la femme	12
2.2 La représentation de la douleur	13
2.3 Aujourd'hui en France l'image de la femme moderne	15
3. Les techniques de médiation de la douleur	15
3.1 Cotation de la douleur et traitements	15
3.2 Définition	16
3.3 Les différentes techniques de médiation	17
3.3.1 Médiation par la pleine conscience	17
3.3.2 Médiation par le chaud et le froid ou thermothérapie	17
3.3.3 Médiation par la relaxation	18
PARTIE 3 - Le dispositif méthodologique du recueil de données	19
1. Choix et construction de l'outil d'enquête	19
2. Choix de la population	19
3. Modalité de réalisation	20
4. Traitement des données	20
5. Les limites	21
PARTIE 4 - Analyse descriptive des entretiens	21
1. Peur et douleur	21
2. La douleur selon les infirmiers sur le terrain	21

3. La douleur chez l'homme, chez la femme	22
4. Action infirmière	22
5. Action de médiation de la douleur	22
PARTIE 5 - La discussion	24
1. La douleur représentations infirmières	24
2. Le message de la douleur	25
3. Le traitement de la douleur	26
CONCLUSION	28
Bibliographie	29
Annexes	
Annexe I : Guide d'entretien	
Annexe II : Entretien retranscrit IDE 1	
Annexe III : Entretien retranscrit IDE 2	
Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens	
Annexe V : Abstract	

INTRODUCTION

À travers ces trois années d'étude à l'institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier universitaire de Rennes, j'ai pu acquérir des connaissances théoriques riches et une pratique en soin infirmier très complète. J'ai surtout développé des aptitudes de savoir-faire mais aussi un savoir-être, indispensable pour m'épanouir pleinement dans le métier du soin.

Ce travail de recherche me permet d'approfondir ma réflexion sur différentes situations que j'ai pu rencontrer lors de mes stages. Le thème de la douleur revenait souvent dans mes questionnements. Je me suis rendu compte qu'au-delà des traitements antalgiques il y avait des solutions, que nous, soignants, pouvions apporter. Depuis l'Antiquité, on cherche un remède miracle pour ne pas souffrir, mais en cherchant à aller plus vite avec la science, on a mis de côté un élément essentiel : le rôle de soignant. La découverte et l'utilisation massive des antalgiques et anesthésiants nous ont fait faire un pas en arrière sur la technique de médiation de la douleur, la préparation et l'accompagnement. Ce mémoire est pour moi l'occasion de renforcer mes connaissances sur la douleur puis de développer mes capacités à accompagner les patients à accueillir leur douleur. Il est l'aboutissement d'un an de recherche sur le mécanisme de la douleur et sur ce que peuvent mettre en place les soignants pour y pallier, en dehors des thérapeutiques chimiques.

Après avoir analysé deux situations vécues en stage, la première portant sur l'accompagnement d'une patiente lors de l'accouchement et l'autre concernant la réfection d'un pansement de césarienne, je me suis questionnée sur les techniques que j'avais pu observer. Je me suis interrogée sur l'existence d'une explication physique ou psychique à ce mécanisme afin de pouvoir mettre en place une approche adaptée du patient douloureux. Dans le but de répondre à mon questionnement et mener à bien ce travail, j'ai entrepris des investigations sur les publications en lien avec les concepts de mon mémoire : la douleur, les représentations de la douleur et les techniques de médiation. C'est le cadre théorique. Ensuite, on retrouve la phase de recherche en collaboration avec les professionnels et la méthodologie utilisée. Enfin il y a l'analyse, cette partie consiste à confronter le cadre théorique et les recherches menées sur le terrain dans le but de construire mon propre avis. Cette partie permet aussi de faire sortir de nouvelles idées et de donner suite à la réflexion.

PARTIE 1 - Le cheminement vers la question de départ

SITUATIONS D'APPEL

1.1 Situation d'appel n°1

Étudiante infirmière de 2ème année, j'effectue mon stage de S3 dans un service de maternité. Le service est divisé en 2 : le bloc obstétrical et les suites de couches.

Ma situation d'appel se déroule du côté bloc obstétrical.

Vers 12h une jeune femme primipare, Mme A arrive avec son compagnon pour des contractions et un contrôle de terme ce jour. La poche des eaux est intacte. Une fois le couple installé dans une salle de prétravail je pose le monitoring et la sage-femme ausculte la patiente, elle examine le col et en conclut que la jeune femme doit rester parmi nous. Mme A nous fait part de son projet de grossesse qui est d'accoucher sans péridurale, elle précise qu'elle a suivi des cours de préparation à l'accouchement comme du yoga pour apprendre à souffler et qu'elle a appris des techniques d'étirement et de relâchement en duo avec son compagnon.

Vers 14h je reviens dans la salle de prétravail, je vois que son visage est détendu puis se crispe d'un coup. En allant voir le monitoring je lui demande de coter sa douleur sur une échelle de 0 à 10 et de me dire si elle a l'impression que les contractions sont rapprochées. Elle répond qu'elle a mal dans le bas du dos à 4/10 quand la contraction est la plus forte, à peu près toutes les 10 ou 15 minutes. Je vois que sur l'appareil qu'il y a eu des épisodes où les contractions utérines sont moyennes. Pour soulager cette douleur dans le dos je propose à Mme A de la masser. Je lève un peu la tête du lit et conseil à Mme de se mettre à genoux face au matelas avec la tête posée dessus afin que son dos soit arrondi mais sans qu'elle soit en appui sur son ventre. Je demande à M.A, le futur papa, s'il veut bien regarder ce que je vais faire afin qu'il puisse reproduire ce geste pour les contractions suivantes. Il s'approche, j'explique en faisant le geste, je mets mes deux poings de chaque côté de la colonne vertébrale au niveau des fosses iliaques et je réalise des petits cercles en exerçant une pression plus ou moins importante par rapport au ressenti de la patiente.

À 16H Madame sonne, je vais la voir, elle m'informe que les contractions sont de plus en plus douloureuses, que les massages lui font du bien mais que c'est fatigant d'être dans la même position. Je dis à Mme A qu'au contraire il faut essayer de changer au maximum de positions. Mme A me fait part de son envie d'aller aux toilettes. Je regarde l'impression du monitoring, le pouls du bébé est dans les normes, je décide d'arrêter la machine de retirer le capteur sur le ventre de Mme A afin de la libérer un peu.

Vers 18h Mme A sonne à nouveau, elle me dit que malgré les conseils, les douleurs commencent à être vraiment insupportables, elle se pose des questions, elle se dit qu'elle va peut-être craquer et demander la péridurale. Je l'écoute tout en posant le monitoring. Notre devoir est d'accompagner la patiente dans son projet de naissance, il faut essayer de donner le plus de techniques possibles pour pallier la douleur, heureusement elles sont nombreuses. Je lui propose de prendre un bain et lui explique que l'eau chaude a des propriétés relaxantes, qu'elle limite la contraction musculaire. Si elle veut essayer cette méthode il faudra juste attendre 15 min le temps que le monitoring nous donne les informations sur le pouls du bébé et la proximité des contractions, pendant ce temps je ferai couler l'eau du bain. Quinze minutes plus tard le tracé est bon et j'accompagne Mme et M.A dans la salle de bains, présente les lieux et lui explique qu'elle peut rester le temps qu'elle souhaite. Si elle le désire, je peux mettre de la musique relaxante dans la salle de bains.

Vers 19h, Mme m'informe que ça l'a détendu au début mais que les contractions fortes commencent à revenir et qu'elle va sortir du bain, je lui dis qu'il n'y a pas de problème et lui demande si elle peut sonner lorsqu'elle sera de retour dans la salle de pré travail afin que la sage-femme puisse faire un examen du col.

Au bout d'une heure et demie de bain, Mme A est de retour dans sa chambre et sonne. Nous nous rendons la sage-femme et moi dans la salle de prétravail. Je remets le monitoring en route et pose le capteur sur le ventre de Mme A. La sage-femme examine le col et propose à Mme A de passer en salle d'accouchement. Elle accepte soulagée de l'avancée du travail.

Une fois dans la salle de travail, Madame A fait des techniques d'étirement, de suspension avec son conjoint, puis elle demande si elle peut avoir un ballon. Elle souhaite que je reste avec elle dans la salle pour l'aider à faire des exercices de respiration. Je m'accroupis et lui prends les mains et souffle avec elle lors des contractions pendant que M. A est derrière elle à lui masser le bas du dos. Les contractions sont de plus en plus rapprochées et de plus en plus fortes, Mme A accueille très bien les contractions mais je sens bien que c'est plus intense. Je demande à M.A de sonner afin que la sage-femme vienne faire un contrôle. Elle fait un examen du col, il est dilaté à 9 cm, elle demande à la patiente dans quelle position elle souhaite accoucher. La patiente aimerait accoucher allongée, elle se lève du ballon et se met sur le lit. Elle commence à pleurer et dit qu'elle n'en peut plus et qu'elle ne va pas y arriver. À ce moment-là il faut encourager la patiente à aller jusqu'au bout, le bébé est engagé dans le bassin et il ne va pas tarder à arriver. Il est trop tard pour la péridurale. M. A

Il est 20h c'est le moment de la relève, la sage-femme de nuit nous propose de continuer pour qu'on puisse aller faire nos transmissions. Quand Madame A entend cela, elle nous regarde, les yeux pleins de détresse la sage-femme de jour et moi, et nous demande de rester, elle veut que ça soit nous qui l'accompagnions jusqu'à ce que son bébé arrive. On accepte de rester avec elle. La sage-femme dit à la patiente qu'il va falloir y aller et pousser, elle explique qu'on va percer nous-même la poche des eaux et que ça va accélérer le travail. Je rassure Mme A que ça ne va pas être douloureux, ni pour elle ni pour le bébé mais ça va accélérer les choses. Mme A acquiesce et me dit qu'elle nous fait confiance.

Je regarde attentivement, on voit la poche, la sage-femme la crochète et l'eau jaillit. La sage-femme examine le col, elle annonce qu'elle sent la tête du bébé. Je m'approche de la patiente et lui dis qu'elle va pouvoir pousser à la prochaine contraction, il faut qu'elle attende le dernier moment pour pousser là où la contraction est la plus forte, elle peut pousser plusieurs fois sur la même contraction. Je lui conseille de bien souffler entre 2 contractions, reposer ses muscles, se détendre au maximum. Sur le monitoring on peut voir le pourcentage de tocométrie augmenter, je regarde M A, prends la main droite de Mme A et lui dis que quand elle le sent elle prend son souffle et peut pousser. Mme A inspire, pousse une première fois, puis expire, reprend son souffle et pousse une seconde fois.

J'encourage la patiente à se reposer, lui dis qu'elle va y arriver, une nouvelle contraction arrive et Mme A recommence à pousser. Le bébé n'est pas encore là et la patiente se décourage, à la fin de la deuxième contraction elle dit qu'elle ne va pas y arriver et qu'elle n'a pas fait le bon choix. Elle perd tous ses moyens. Son conjoint la rassure en disant qu'elle est très courageuse, avec la sage-femme on lui dit qu'elle a fait le plus gros du travail et que la prochaine contraction sera la dernière, pour la suivante il faudra pousser 3 fois sur la même contraction. En attendant, Mme A souffle, une contraction arrive, je me mets à la droite de la patiente, lui prends la main et l'épaule tout en l'accompagnant dans le regard. Mme A inspire et pousse en expirant doucement entre ses dents, la sage-femme annonce que la tête est en train de sortir, je dis à Mme A que c'est très très bien ce qu'elle fait, elle reprend son souffle et enchaîne directement sur une deuxième poussée, la tête est sortie, elle expire et je l'encourage pour une dernière poussée pour aider sa petite fille à sortir ses épaules. La patiente pousse une troisième fois et quelques secondes après la sage-femme pose le bébé qui pousse son premier cri sur Mme A.

1.2 Situation d'appel n°2

Lorsque j'étais en suite de couches, dans le service qui accueillait les femmes et leur bébé après leur accouchement, il y avait des patientes qui avaient eu recours à la césarienne, elles avaient donc une plaie fermée par des agrafes. Chaque jour nous devons surveiller la plaie. 24 heures après la césarienne on enlevait le pansement afin de laisser la plaie à l'air jusqu'à ce qu'on ôte les agrafes. Ce jour-là, je dois ôter les agrafes à Mme D. Tout au long de son hospitalisation Mme D était angoissée par la présence des agrafes. Elle avait déjà eu une césarienne pour son premier enfant et elle avait eu très mal lorsqu'on lui avait ôté. C'est pour cela qu'elle était aussi stressée, l'idée même qu'elle puisse ressentir la même douleur que dans le passé l'angoissait. Je rentre dans la chambre de la patiente et viens lui expliquer que je vais venir retirer les agrafes dans quelques minutes si elle est d'accord. Elle me répond que de toute façon elle n'a pas le choix et qu'elle accepte dans la condition que je ne lui fasse pas mal car à la dernière césarienne le moment où on lui a enlevé les agrafes lui avait fait terriblement mal.

Je comprends qu'elle redoute ce moment et que beaucoup d'anxiété et de stress sont associés à ce futur soin et que la confiance avec les soignants a été altérée. Je la rassure en lui disant que je vais faire tout mon possible pour qu'elle ne ressente pas de douleur, j'essaie de lui faire comprendre qu'il faut accueillir le soin et pas le redouter. J'explique que je vais préparer mon chariot avec le nécessaire pour faire le soin. À mon retour elle me dit "J'espérais que vous oublierez de revenir enlever les agrafes". Cette phrase a confirmé le fait que l'idée d'ôter les agrafes et de revivre la même douleur que dans le passé, la stressait beaucoup. Je lui propose de prendre le temps de revenir plus tard dans la matinée mais finalement elle préfère faire ça au plus vite. Je décide de lui expliquer maintenant les étapes, je lui dis que dans un premier temps je vais m'installer et me préparer puis dans un second temps je vais nettoyer la plaie délicatement et pour finir, retirer les agrafes. Je commence à m'installer et je lui dis que si elle ressent de la douleur pendant le soin il faut me le dire. La patiente hoche la tête les yeux fixés au plafond en soufflant très fort, je la rassure en disant que ça va bien se passer. Je lui demande comment s'appelle son aîné et quel âge il a, elle me répond et la conversation continue. Avant de commencer à nettoyer la plaie avec les compresses, je l'informe que je commence la désinfection et que ça va peut-être être froid. Je reprends la conversation et lui dis que son aîné doit sûrement être très excité à l'idée de rencontrer sa petite sœur. La patiente me répond et me raconte l'ambiance à la maison, la décoration de la chambre en fixant le plafond. Je retire une première agrafe, aucune réaction de la patiente. Elle me parle du choix du prénom après l'accouchement et du déroulement, je continue à ôter les agrafes délicatement.

Une fois terminé, j'enlève mes gants et baisse le lit, la patiente interrompt son discours et me demande pourquoi je n'enlève pas les agrafes. Je lui dis que j'ai tout enlevé, que c'est terminé et que si elle voulait regarder il y avait une cicatrice très propre. Étonnée, elle regarde son ventre et me sourit.

1.3 Le questionnement

- Quel est le rôle du soignant dans l'accompagnement et l'accueil de la douleur ?
- Comment les techniques de médiation agissent-elles sur la douleur au niveau physique ? Et au niveau psychique, psychologique ?
- Comment la douleur est accueillie aujourd'hui ?
- La relation soignant-soigné a-t-elle un rôle dans le traitement de la douleur ?
- Que représente la douleur pour le patient ? Et pour le soignant ?
- Existe-t-il un lien entre douleur et peur ?
- La préparation à la douleur permet-elle d'agir sur le ressenti ?

À partir de ce questionnement sur les situations d'appel vécu en maternité ma question de départ a émergé. Je voulais comprendre le mécanisme et savoir comment agir au mieux, je me suis donc demandé : "Dans un contexte obstétrique, en quoi les techniques de médiation utilisées par les infirmiers permettent-elles à la patiente d'accueillir la douleur ?".

PARTIE 2 - Cadre théorique

1. La douleur

1.1 Définir la douleur

Aujourd'hui en France la définition officielle de la douleur nous provient de l'association internationale de l'étude de la douleur, "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ».

1.1.1 Souffrance et douleur

Le mot douleur nous vient du latin "*Doleo*" qui signifie "souffrance physique ou morale". On dit alors "éprouver de la douleur" ou "être douloureux" mais notre verbe "souffrir" correspondant à cet état vient d'une toute autre racine latine "*sufferre*" traduit littéralement par « porter sous » et au sens figuré "supporter, endurer".

À travers les âges et les écrits, ce mot a été utilisé à plusieurs fins, un temps il était employé afin de décrire un châtement, une punition puis, plus tard comme un poids à porter, une fatalité. Tous ses emplois résument cet état : on souffre, on supporte quelque chose. Souffrir c'est donc subir une souffrance, la supporter. Le patient souffre en supportant sa maladie.

Au côté du mot "*Doleo*", on employait un autre mot avec une forme grammaticale que l'on connaît; "*patior*". Deux notions étaient reconnues à travers ce mot : celle de l'endurance et celle de la souffrance. En effet dans le dictionnaire *Le Grand Gaffiot*, pour "*patior, pati*", sont énumérés les termes suivants : souffrir, supporter, endurer, éventuellement avec une idée de patience, subir, être victime de, être atteint de. On établit le lien avec le mot "patients" de notre langage médical, d'autant plus quand l'on découvre que le participe "*patiens*" signifie "qui endure", "qui supporte", "qui subit". La richesse de nos racines latine nous permet de définir la douleur comme quelque chose qu'on subit, qui n'est pas agréable mais qu'il faut faire preuve de patience. On peut alors en déduire que faire preuve de patience met fin à la douleur et que le temps guérirait les blessures.

1.1.2 L'Histoire de la douleur

Serge Marchand nous rappelle dans son ouvrage "*Le phénomène de la douleur*", que depuis la création de la vie la douleur existe. Il dénonce aussi le fait que les religions ont utilisé la douleur comme valeur rédemptrice durant des années. Pour les chrétiens « endurer la douleur tout au long de notre vie terrestre permet d'accéder à un monde meilleur pour l'éternité. *Dans cette optique, il n'est pas souhaitable de lutter contre la douleur.*» Selon la Bible c'était une fatalité "*C'est dans la douleur que tu enfanteras tes fils*".

D'après Fabrice Lorin, l'auteur de l'article "*Histoire de la douleur : de l'Antiquité à nos jours*" tiré de *Psychiatriemed*, les Gaulois avaient déjà des techniques pour pallier la douleur. Ils utilisaient la phytothérapie et la balnéothérapie. Ils ont découvert que certaines plantes avaient des pouvoirs antalgiques et que l'eau avait des effets bénéfiques sur les douleurs. Au Moyen Âge, l'Église catholique interdit la médecine, la philosophie, et la recherche. Les ouvrages de Grecs qui regroupent les connaissances scientifiques disparaissent et pendant que l'Europe est plongée dans le brouillard de l'ignorance scientifique, le Moyen Orient avance et progresse dans cette matière.

Fabrice Lorin explique qu'il faudra attendre la Renaissance et la Réforme protestante pour bouleverser la morale du Christianisme et relancer l'approche scientifique et médicale en Europe. En

1504 le Pape ôte l'interdiction des dissections et de l'étude de l'anatomie. On soigne sur les champs de bataille pendant les guerres de religions et les Européens en apprennent beaucoup, les armes évoluent et la chirurgie fait des progrès.

“La première intention du chirurgien doit être d'apaiser la douleur”, il instaure le nettoyage des plaies, l'hémostase et la chirurgie de conservation et prête attention aux névralgies et à la douleur du membre fantôme. Après les grandes découvertes de la Renaissance, le XVII^{ème} siècle et le XVIII^{ème} siècle, ont été moins riches en termes de découvertes médicales. Cependant c'est en 1656 que l'Hôpital général est construit puis l'Hôpital psychiatrique en 1793. La souffrance mentale commence alors à être considérée. C'est lors du siècle des Lumières que la douleur se laïcise et que l'on cherche à redéfinir son utilité. L'anatomopathologiste, le docteur Bichat distingue le système nerveux central du végétatif, il définit le concept de seuil de la douleur. L'utilisation de l'opium importée de Turquie devient courante mais le traitement principal consiste à soigner la douleur par la douleur. Tant qu'on ressent la douleur on est vivant comme disait Diderot “ Sentir et Vivre sont la même chose”.

Au XIX^{ème} siècle, la morphine est isolée de l'opium par des chimistes européens, on découvre le gaz hilarant, appelé protoxyde d'azote provoqué. L'utilisation d'analgésique lors des soins chirurgicaux se légalise, l'obstétricien Simpson pratique le premier accouchement “sans douleur” grâce au chloroforme. En 1884 la coca arrive en Europe, importée d'Amérique du sud, en est extraite la cocaïne, qui à des effets anesthésiants. S'ensuit de développement d'outils comme la seringue hypodermique qui permet l'utilisation plus poussée de l'anesthésie locale. L'algologie est définie peu après la seconde guerre mondiale, les soldats blessés souffrent de douleurs aiguës puis de douleurs chroniques, les analgésiques et anesthésiants ont des limites. Aux États-Unis les médecins innovent et mettent en place le concept de la prise en charge du patient en multidisciplinarité, soit une équipe composée de plusieurs spécialistes afin d'obtenir une prise en soin complète. En 1978, le Dr Yves Gestin, est le premier algologue au centre anticancéreux de Montpellier, c'est là-bas que naît en France l'approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Ce n'est que depuis la fin du siècle dernier que la prise en charge de la douleur est devenue une priorité pour les soignants. L'offre de soins s'agrandit et le droit de ne pas avoir mal est reconnu, ce qui implique le devoir de soulager la douleur.

1.2 Le Mécanisme de la douleur

La douleur est une sensation provoquée par un mécanisme corporel qui est essentielle à notre survie, c'est un indicateur de protection de notre corps. Elle nous informe lorsqu'il y à un dysfonctionnement physiologique ou une agression extérieure. On retrouve trois différents types de

douleur : la douleur nociceptive (qui provient des lésions du système nerveux) la douleur psychique (causes psychologiques) et la douleur par excès de nociception (ressentie par excès de stimulation des neurorécepteurs).

1.2.1 Le système nerveux

En première année d'école d'infirmière nous avons appris, lors de notre cours magistral, que le système nerveux était composé d'un réseau complexe de cellules nerveuses appelées axones, ces cellules peuvent mesurer jusqu'à un mètre de long. Elles font circuler le message nerveux d'un bout à l'autre de notre corps grâce à deux systèmes différents : le système nerveux central et le système nerveux périphérique. Le système nerveux central achemine le message nerveux vers la périphérie, soit vers les organes et les muscles afin de créer un mouvement ou une réaction. Le message circule de manière efférente (du système nerveux central vers les organes). Le chemin inverse permet le transfert d'information depuis la périphérie, muscles et organes, vers le cerveau, celui-ci déchiffre le message afférent. Les messages afférents proviennent de récepteurs situés dans différents organes du système nerveux périphérique vers le système nerveux central.

Notre système nerveux est aussi constitué du système nerveux somatique, qui contrôle les mouvements volontaires de notre corps et du système nerveux autonome, qui est indépendant de notre volonté, assure l'innervation viscérale et contrôle l'homéostasie du corps. Il perçoit aussi les messages afférents depuis les organes et les fait remonter au cerveau. Le système nerveux autonome à lui-même deux systèmes contraires : le système sympathique et le système parasympathique. Ils sont complémentaires, le système sympathique s'active en réponse à une situation stressante, il met le corps en alerte par différents moyens : accélère la fréquence cardiaque, augmente la pression artérielle, dilate les pupilles et provoque des sueurs. Le système parasympathique participe au ralentissement général et à la restauration de l'énergie. Il met en place les fonctions comme la digestion ou la respiration. Ces actions sont par exemple la baisse de la fréquence respiratoire, cardiaque et de la pression artérielle. L'équilibre entre ces deux systèmes permet la régulation de l'homéostasie.

1.2.2 Le message nerveux

Selon l'ouvrage Ross & Wilson, Anatomie et physiologie normales et pathologiques, les récepteurs de la douleur sont appelés les nocicepteurs, ils sont répartis sur l'intégralité de notre corps grâce à notre système nerveux périphérique et permettent de détecter un danger. Lorsqu'une agression est détectée, le nocicepteur déclenche l'envoi du message jusqu'à la moelle épinière puis vers le cerveau. L'information est traitée puis le système nerveux central agit en conséquence. C'est à

ce moment que l'on ressent cette sensation désagréable, appelée douleur. En conséquence de cette douleur on assiste à un mécanisme de réflexe afin de s'écarter du danger, provoqué par le système nerveux somatique. En plus de cette réponse musculaire, il y a des réponses hormonales, émotionnelles et comportementales.

D'après l'article "*Souffrance et douleur*" écrit par Emmanuelle Gilloots, "il existe deux circuits de transmission des messages de la douleur".

Le circuit qui est décrit en premier au sein de l'article, sert à la conduction de l'influx douloureux mais aussi aux sensations non douloureuses. Les cellules nerveuses de ce circuit sont entourées d'une gaine de myéline, qui donne une vitesse de conduction rapide. Elles s'activent en présence de stimuli de pression ou de température. Ainsi les nocicepteurs envoient un message nerveux non douloureux lorsqu'on reçoit une caresse et ils envoient un message nerveux douloureux lorsqu'on nous pince. Ce double effet peut être utilisé comme antidouleur, lorsqu'on frotte la zone douloureuse, on surcharge alors les nocicepteurs et inhibe le message douloureux.

Comme on l'a évoqué précédemment le message de ce circuit est transmis de manière rapide grâce aux gaines de myélines, celles-ci permettent aussi une précision de la douleur en termes de sensation, intensité ou encore localisation. D'après le même article, le message nerveux traverse plusieurs zones du système nerveux central, et la précision de cette douleur va être conservée tout au long du circuit. Parmi les zones que l'influx nerveux va traverser nous retrouvons les zones limbiques. Ces zones sont responsables de la mémorisation et de la régulation des émotions. En traversant cette zone l'information va être assimilée à des expériences antérieures.

Le second circuit est lui aussi composé de cellules nerveuses mais celles-ci ne comportent pas de myéline et sont donc à conduction lente. Ces cellules s'animent en fonction de l'intensité du stimulus. Le message nerveux manque de précision ce qui active des zones cérébrales non spécialisées dont les zones profondes de notre cerveau comme l'amygdale, chargé de la gestion des comportements de mise en alerte. Le fait que le message nerveux ne soit pas précis on n'a pas d'information sur la localisation de la douleur. Le second circuit traverse tout comme le premier les zones limbiques émotionnelles et mémorielles. Ces zones animées par la douleur lente restent actives longtemps après l'arrêt du stimulus et peuvent s'activer avant le ressenti de la douleur, quand on s'attend à en éprouver. C'est un "phénomène d'anticipation anxieuse", on adopte alors des comportements de défense et on ressent des émotions comme l'angoisse. La douleur lente cessera lorsque les composants hormonaux et neurovégétatifs du stress seront gérés par l'individu.

1.2.3 La réponse au message nerveux

Les réponses à une douleur peuvent être sous forme de réflexes, musculaires, hormonales, neurovégétatives, émotionnelles, comportementales ou affectives. Ces réponses surviennent en fonction du sens que le patient donne à ce qu'il vit, la place de cet événement dans son histoire de vie par rapport à son vécu, ce qui fait donc appel à la mémoire et aux sensations douloureuses qu'il a eu dans le passé. La réaction correspond aussi à la culture du patient, à ses valeurs et idéaux.

La réponse de notre système nerveux peut être plus adaptée lorsqu'on est dans la compréhension de la situation dans laquelle on se trouve. Lorsqu'on ressent de la douleur, nos pensées sont désorganisées et comprendre ce qu'il se passe peut nous aider à accueillir la douleur.

C'est un outil important lors de l'accompagnement des patients. D'après l'auteur Emmanuelle Gilloots, donner un sens à la douleur et soutenir le patient permet à celui-ci d'être dans le contrôle de sa "réponse émotionnelle et même neurovégétative". Elle nous fait remarquer que c'est la maîtrise de ces réponses qui est recherchée lors des cours de préparation à l'accouchement, le but étant d'amoindrir les réactions émotionnelles liées à l'activité des cellules nerveuses à conduction lente. Dans cet article on relève cette affirmation "*Si l'enfantement présente pour la mère un sens profondément positif, le seuil à partir duquel elle reconnaît une sensation comme douloureuse sera augmenté, ainsi que son seuil de tolérance de la douleur*". Prévenir la douleur et s'y préparer, permet donc d'y donner un sens, de qualifier celle-ci de sensation, sûrement désagréable avant de ressentir une réelle douleur. On notera que cette préparation contribue à repousser le seuil de tolérance. À l'inverse, il est expliqué que le stress, l'anxiété ou toutes autres émotions négatives entraînent un abaissement du seuil de tolérance de la douleur. Mettre le patient en confiance est une étape fondamentale pour la prise en charge de la douleur.

1.3 La mémoire de la douleur

Nous pouvons retrouver dans les parties précédentes des idées sur la mémorisation de la douleur. On sait que le message nerveux passe dans la région de notre cerveau qui est responsable de notre mémoire et de nos émotions, appelé zones limbiques. Lors de ce passage de l'information notre cerveau va enregistrer des données auditives et visuelles ce qui va constituer une mémoire émotionnelle et épisodique. Dans l'article "*De la mémoire épisodique à la mémoire autobiographique : approche développementale*", on retrouve la définition de la mémoire épisodique selon Tulving (1972) "*propose que la mémoire épisodique encode et stocke les informations liées à des événements situés dans le temps, ainsi que les relations temporo-spatiales entre ces événements*." Il explique que

cette mémoire permet la récupération précise des sensations, émotions et perceptions lors de ce moment passé et donne la capacité à notre cerveau de reconstruire ce moment, au point d'avoir l'impression de le vivre à nouveau au niveau émotionnel. Si on s'appuie sur la définition de Tulving, le moment douloureux serait inscrit dans la mémoire épisodique de par les émotions, sensations et perception ressenties par le patient.

Dans la revue *Neuropsychologie*, on retrouve l'article *Pourquoi le neuropsychologue devrait s'intéresser à la mémoire de la douleur ?*, qui évoque une étude sur la comparaison entre la description de la douleur initiale et le rappel à distance de celle-ci. La description est bien évidemment différente entre les deux moments, le souvenir "somatique", de la douleur en elle-même, est finalement moins marquant, donc moins précis que le contexte dans lequel on l'a vécu. L'article nous explique que cette imprécision "est liée au fait que le souvenir « somatique » est reconstruit à partir de la mémorisation du contexte et non de la révocation corporelle qui est évidemment impossible." Le souvenir va alors être plus ou moins douloureux en fonction du contexte et de l'environnement dans lequel on se trouve dans le moment douloureux. La douleur est à la fois somatique et sémantique, elle sert à éduquer notre sens du danger dans le temps en laissant une marque désagréable dans notre mémoire afin d'éviter que ça se reproduise. Alors, anticiper ou imaginer la douleur vécue dans le passé c'est déjà avoir mal, Montaigne a écrit : « *qui craint la douleur souffre déjà de ce qu'il craint* ».

Adapter le contexte, plonger le patient dans une atmosphère rassurante et en pleine conscience, est un acte fondamental dans la prise en charge de la douleur. Cela permet une perception du moment moins traumatique émotionnellement et donc un souvenir de la douleur plus acceptable. Peut-être cette procédure amènera-t-elle le patient à accueillir la douleur plus facilement la prochaine fois.

2. Les représentations de la douleur dans un contexte de gynécologie

2.1 L'histoire de la douleur chez la femme

D'après l'article *"Histoire de la douleur chez la femme de l'Antiquité à nos jours"* rédigé par le Psychiatre Fabrice Lorin, la littérature ne recense la douleur de la femme en tant que telle que très tard dans l'histoire. Il explique que la douleur féminine a été longtemps réduite à la douleur de l'accouchement. Les manuscrits les plus anciens décrivent la douleur de la femme comme fatale puisque c'est la douleur obstétricale et non une douleur qui provient des guerres, des blessures, des amputations... Hippocrate est le premier à poser un diagnostic sur la douleur des femmes, il

regroupe les concepts de stérilité et de reproduction dans ce qu'il appelle "Les maladies des femmes". Si la douleur de la femme est une fatalité les médecins de l'antiquité trouvent absurde de vouloir la soigner et de trouver un traitement. Au Moyen-âge la place de la femme a progressé grâce à l'essor du christianisme mais l'expression de la douleur reste un problème de femme.

Pendant l'âge classique soulager la douleur devient une des missions des médecins, malgré tout une inégalité entre l'homme et la femme dans la lutte contre la douleur persiste. On parle alors de "Nature Féminine", le Dr Lorin exprime l'un des discours qu'était tenu à cette époque "*la femme est plus sensible et plus impressionnable ou plus faible que l'homme avec un seuil de tolérance à la douleur inférieure à celui de l'homme*". On remarque le manque de considération de la femme souffrante. Il décrit la femme comme marionnette de ses émotions et que par conséquent les réactions à la douleur ne sont pas considérées. Une autre idée émise à cette époque est que la femme à l'habitude de souffrir lors de l'enfantement et qu'elle est plus adaptée à la douleur. La doctrine catholique privilégie la vie de l'enfant à naître à celle de la mère, les attitudes par rapport aux douleurs et issu de l'accouchement en sont donc influencées.

Au XIX siècle grâce à la découverte du chloroforme par M.Simpson, un professeur en obstétrique, la douleur de l'accouchement est alors partiellement traitée. Dans la seconde moitié du XIXème siècle le terme "d'hystérie" est interprété comme un mal psychique et une simulation de la part des femmes pour attirer l'attention.

2.2 La représentation de la douleur

Larousse, le mot "représentation" est défini comme : « une idée que l'on se fait du monde ou d'un objet donné ». La notion de représentation date du XIXème siècle, c'est Emile Durkheim (1858-1917) un des fondateurs de la sociologie qui à tenter de définir cette notion. Dans ses ouvrages il dissocie la représentation "individuelle" et la représentation "collective". Il a établi que selon les croyances, la religion et la culture, les Hommes ont une approche de leur environnement totalement différente les uns des autres. Nous avons une perception du monde qui nous est propre et dans cette réalité chacun de nous définit sa place. Pour faire le lien entre représentation et douleur, on peut prendre comme exemple la représentation de l'accouchement. C'est un événement qui nous concerne tous car nous en sommes issus et l'homme comme la femme participent à ce moment. C'est un épisode de la vie qui est universel.

Notre imagination va être influencée par les représentations collectives, comme par exemple, des extraits de films lorsqu'un accouchement se passe, la poche des eaux se rompt et la parturiente

accouche quelques instants plus tard, c'est un événement souvent rapide, joué dans la douleur et les cris. Les représentations individuelles découlent en général des représentations collectives. Ces représentations collectives sont bâties à travers le temps, les générations, le discours de l'entourage, les médias, la littérature ou encore l'art.

Pour en revenir à la représentation de la douleur et à notre exemple de l'enfantement, les représentations sur cet épisode de la vie sont la plupart du temps fondées à partir de ceux qui racontent leur expérience vécue et sur l'interprétation qu'en font ceux qui les écoutent. Pourtant, aucun accouchement n'est pareil.

Dans l'ouvrage de Nadia Péoch, "La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement" elle met en avant que "La représentation sociale de la douleur chez les personnes soignées se forme à partir des thémata (conceptions, images et catégories primitives partagées culturellement, transmises à travers la mémoire collective dans des contextes sociaux et historiques)" voici un exemple qui illustre son propos : Les premières maternités ont été fondées au XVIII^e siècle, avant les femmes accouchaient la plupart du temps chez elles, accompagnées de leur mère, leurs tantes, leurs sœurs... Les parturientes avaient généralement assisté aux accouchements des femmes de leur entourage, une femme même primipare avait idée de comment se déroulait un accouchement. Les femmes en travail étaient accompagnées de leur famille dans un endroit qui leur était familier, cette atmosphère leur paraissait alors plus sereine. La représentation de cet événement de la vie était toute autre que la représentation qu'on en a aujourd'hui. Aujourd'hui seulement 2% des femmes accouchent à leur domicile, soit 98% vont en centre hospitalier, dans un endroit qui leur est inconnu, accompagnées d'un personnel soignant qu'elles n'ont jamais vu. La représentation de cet événement est alors différente par rapport aux représentations passées. De plus ces 2 dernières années certaines maternités n'acceptaient pas les papas dans les salles d'accouchement, en résultait la perte de repère totale des parturientes lors de ce moment difficile et dans cette atmosphère, stressant. La projection en ce moment était alors très anxiogène.

Notre représentation individuelle se base alors sur des données subjectives, toutes ces données interagissent pour former des images mentales qui nous sont propres. L'inconnu de cet événement stimule notre imagination et peut déclencher plusieurs sentiments et émotions comme la peur. La peur, l'appréhension et le stress sont les fruits des représentations que l'on peut avoir de la douleur. Tous ces sentiments ont une certaine influence dans le ressenti de celle-ci.

2.3 Aujourd'hui en France l'image de la femme moderne

D'après l'article "La féminisation de la société française", édité dans "La femme de la société française" écrit en 2001, malgré les combats qu'ont mené les femmes françaises dans l'histoire "les modèles de comportements masculin et féminin restent encore fortement tranchés."

Les femmes obtiennent le droit de vote après la seconde guerre mondiale c'est une grande avancée dans l'objectif d'égalité. Mais il reste encore beaucoup à faire et d'ailleurs c'est ce que dénonce Simone de Beauvoir en 1949 dans son ouvrage *Le deuxième sexe*. À travers son livre, l'auteur met en avant les mécanismes de subordination des femmes et de l'oppression masculine. Elle défend le fait que les caractéristiques et les rôles des femmes ne sont pas innés mais issus du conditionnement social ; "On ne naît pas femme on le devient" (S. de Beauvoir 1949). Les idées de cet ouvrage sont considérées comme décalées pour son époque mais à ce jour on peut encore trouver des traces de ce conditionnement social. Dans l'article "La féminisation de la société française" on évoque le fait que les médias et les publicités servent à la société de donner une image de ce qu'on attend des citoyens, les représentations sociales sont d'autant plus renforcées. Olivier Galland et Yannick Lemel écrivent dans leur ouvrage *Sociologie et Inégalités que*, dans les 20 dernières années, le mouvement du féminisme est plus jeune et mixte. Des études ont été menées sur cette question de différence entre hommes et femmes et une théorie solide en est ressortie : "l'idée que les différences entre hommes et femmes sont issues d'une construction sociale autour du sexe et du genre, créant ainsi des normes autour du genre et de la sexualité qui structurent les identités."

3. Les techniques de médiation de la douleur

3.1 Cotation de la douleur et traitements

L'intégralité des écrits ont en commun que la prise en charge de la douleur est la priorité "Toutes les personnes qui souffrent nécessitent une reconnaissance rapide de leur douleur ainsi que le traitement approprié. La douleur doit être suivie, évaluée et réévaluée régulièrement." (Gordon et al., 2005, cités par Herr et al., 2006, traduction libre, p.45). Luthy et al. écrivent en 2004 : "... Il est aujourd'hui bien reconnu que la prise en charge de la douleur doit non seulement être la plus précoce et la plus efficace possible, mais qu'elle doit également différer dans ses moyens et ses objectifs selon la persistance ou non des symptômes." (p.1386).

Selon le dictionnaire du Larousse, le verbe évaluer signifie : « déterminer, fixer, apprécier la valeur de quelque chose ». Cette définition montre toute la subjectivité de ce terme, tant qu'il reste vague, car

cela fait appel aux représentations, aux savoirs, à la culture, aux émotions propres à chaque individu. L'évaluation de la douleur est alors un phénomène impliquant de nombreux facteurs. "Les modèles de la douleur les plus adéquats doivent prendre en considération les processus personnels mais aussi interpersonnels qui sont mobilisés en réaction à la douleur." (Goubert & al., 2005, traduction libre, p.288). L'évaluation de la douleur est alors un processus complexe c'est pour cela qu'elle doit comporter des points précis qui peuvent être utilisés par l'équipe soignante, et cela tout au long de la prise en charge. Selon le niveau, le moyen de communication du patient, l'évaluation de la douleur doit être adaptée. Comme vu dans le cours magistral sur la gestion de la douleur en soin palliatif, il existe deux types d'échelles, les échelles d'autoévaluation et les échelles d'hétéroévaluation. Elles existent dans le but d'évaluer au mieux la douleur de chacun.

Par la suite, des thérapeutiques médicamenteuses peuvent être mises en place. D'après le cours magistral sur les antalgiques du semestre 3, il existe les antalgiques non opioïdes palier I, les antalgiques opioïdes paliers II, les antalgiques opioïdes forts palier III.

3.2 Définition

La médiation est l'entremise, intervention destinée à amener un accord : "Offrir sa médiation pour résoudre un conflit." Les techniques de médiation sont alors des procédés qui interviennent dans le but de résoudre le conflit entre le patient et sa douleur, amener le patient à accueillir la douleur plutôt que de la craindre ou de la rejeter, la "concilier".

Pour accueillir la douleur, on peut prévenir notre corps, le prévenir que l'on va peut-être ressentir une sensation désagréable mais que ça va bien se passer parce qu'on va se préparer à rendre la sensation la plus agréable possible.

On se base sur les sensations et des moments du quotidien qui nous apaisent et nous détendent comme lorsqu'on écoute de la musique, qu'on se fait masser en institut ou encore lorsqu'on prend un bain chaud. Ces situations de bien-être sont propres à chacun tout comme la douleur que l'on ressent. Il faut donc adapter la technique de médiation en fonction du vécu du patient et se servir des outils qui l'apaisent au quotidien. On imagine, comme lorsqu'on parlait des neurotransmetteurs actifs lors du pincement et de la caresse, accueillir la douleur à l'aide d'outils agréables, dans l'idée de noyer celle-ci dans les sentiments positifs.

3.3 Les différentes techniques de médiation

3.3.1 Médiation par la pleine conscience

À travers la lecture des premières parties nous pouvons imaginer quels comportements, du soigné ou du soignant, sont favorables à l'accueil de la douleur.

Dans l'ouvrage "Pleine conscience et gestion des douleurs chroniques : l'impact psychologique et neurophysiologique" écrit par Aurélie Gaucher et Sonia Pellissier, être dans la pleine conscience de la douleur peut induire directement des effets positifs sur le mécanisme des neurotransmetteurs de la douleur en agissant sur la perception puis avec plus de pratique sur la sensation. Il en résulte que notre seuil de sensibilité augmente. Les auteures expliquent que cette pratique comporte également des bénéfices psychologiques en contribuant à l'acceptation de la douleur. Un patient acteur dans son traitement contre la douleur ressent un sentiment d'efficacité personnelle et de contrôle de soi. Cet effet positif autant du côté cognitif qu'émotionnel, diminuerait alors l'affectivité négative qui entraînera par la suite une atténuation de la perception de la douleur.

Lorsqu'on est en souffrance les composantes cognitives et émotionnelles sont les plus importantes, c'est sur ces deux plans qu'il faut se focaliser. Selon Aurélie Gaucher et Sonia Pellissier "La pratique de la méditation de pleine conscience en tant qu'approche globale peut induire des effets positifs directs sur les mécanismes neurophysiologiques de la douleur en faveur du changement de la perception et peut-être sur le long cours sur la sensation, au travers d'une augmentation des seuils de sensibilité." La méditation de pleine conscience établit la communication entre le patient et son corps, en découle un sentiment d'efficacité personnelle. Comprendre la source de la douleur, visualiser les corps, les cellules, les nerfs et le chemin de celle-ci c'est le début de l'acceptation. Le sentiment d'efficacité personnelle et l'acceptation de la douleur vont remplacer l'affectation négative et faire évoluer la perception de la douleur. Les composantes émotionnelles et cognitives sont alors changées par ce processus et le moment paraît moins désagréable.

3.3.2 Médiation par le chaud et le froid ou thermothérapie

Quand nous étions enfants, nous avons appris que sur une entorse il faut mettre du froid, quand on a mal au ventre on peut mettre une bouillotte chaude ou encore après une brûlure, faire couler de l'eau à température ambiante dessus, mais pourquoi ? A quoi ça sert ?

D'après l'article *Comment le froid agit-il pour réduire les douleurs traumatiques ?*, le froid va avoir des bienfaits sur les douleurs de type traumatiques. Il va exercer plusieurs actions localement et

instantanément après l'application. Le froid a des pouvoirs analgésiques et anesthésiants, ce qui soulagera la douleur dans un premier temps. Il va aussi bloquer le développement d'oedème ou d'hématome grâce à sa faculté vasoconstrictrice. En effet, au contact du froid nos vaisseaux se contractent afin de limiter le passage des flux. Le froid va avoir un effet de "ralentisseur" du métabolisme cellulaire ce qui va entraîner une baisse de la production de déchets métaboliques et d'acides lactiques, qui sans le froid auraient été coupables de douleurs par la suite.

"Le froid va venir contenir l'inflammation qui vient en réaction à un traumatisme et non la bloquer (...). Le froid va donc calmer votre douleur, mais surtout limiter le temps de cicatrisation et donc de récupération."

D'après l'article *Mettre du Chaud ou du froid pour soulager mes douleurs ?* écrit par le kinésithérapeute, Guillaume THEVENON; "L'application de chaleur apaise les muscles contractés et soulage la douleur". L'application de chaleur serait efficace contre les douleurs musculaires. Celle-ci permettrait de décontracter le muscle, de lâcher la tension et donc la douleur. La chaleur a un effet vasodilatateur, ce qui facilite la circulation sanguine et permet l'élimination des toxines produites par les muscles. Lors du travail de l'accouchement, on conseille parfois aux femmes de se plonger dans un bain chaud. L'eau chaude permet au muscle utérin de se relâcher, les contractions paraissent alors moins douloureuses.

3.3.3 Médiation par la relaxation

Le terme relaxation vient du latin *relaxare*, qui signifiait *desserrer, relâcher, dilater, détendre, épanouir*. Nous allons nous appuyer sur une méthode de relaxation, celle établie par de Jacobson. C'est un neurophysiologiste américain Edmund Jacobson, qui a élaboré cette technique dans les années 1920. Cette méthode consiste à établir une relaxation de type neuromusculaire par un changement physiologique, en contrôlant notre corps. D'après Nathalie Baste, auteur de l'ouvrage *Méthode de relaxation*, publié en 2016, E.Jacobson est persuadé de l'existence d'un lien entre la tension neuromusculaire et la tension psychique. Il a suivi son hypothèse selon laquelle « un état de perturbation mentale pouvait se transposer en un état d'hypertonie musculaire problématique et pathologique auquel le relâchement musculaire conscient et volontaire peut apporter une solution. ». On comprend que les formes de tension mentale telles que l'anxiété ou la colère sont la source de contractions musculaires. Jacobson va se servir de ce lien étroit entre tension mentale et tension musculaire, sa logique est d'induire le relâchement musculaire afin de diminuer l'anxiété jusqu'à la faire disparaître. Ainsi lorsque les muscles sont parfaitement détendus les neurorécepteurs sont inactifs et ne délivrent aucun message d'anxiété, de stress ou encore de douleur.

Le but de la relaxation est d'obtenir un état de bien-être et une meilleure gestion de soi, de son stress, de ses émotions, de ce qui nous entoure.

PARTIE 3 - Le dispositif méthodologique du recueil de données

1. Choix et construction de l'outil d'enquête

Afin de procéder à mon enquête sur le terrain, je suis allée interviewer un infirmier et une infirmière auprès desquelles j'ai réalisé des entretiens de type semi-directifs. Mes investigations avaient pour but d'éclairer ma problématique.

L'entretien semi-directif est une méthode d'interview, qui selon De Ketele Jean- Marie, docteur en psychopédagogie, est une méthode de recueil d'informations qui passe par des entretiens oraux, individuels avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, dans le but d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse la pertinence, la validité et la fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations.

Ce type d'entretien permet à la personne interrogée de laisser libre cours à sa pensée, car selon le sociologue Juan Salvador : « Moins l'entretien est directif et plus l'acteur participe à la production du sens, tant dans la forme, les associations d'idées, que dans le fond, le contenu du discours. Dès lors, forme et fond deviennent indissociables. Plus le chercheur glisse de stimuli (questions, remarques, attitudes...) dans l'entretien et plus l'information devient fragmentaire et séquentielle... »¹¹⁷. Cette entrevue se déroule dans une dynamique d'échange structuré qui facilite l'interaction et la production de sens. J'ai construit un guide afin de réaliser ces entretiens semi-directifs et ainsi améliorer la lisibilité des résultats finaux. Ce guide d'entretien est composé de 8 questions qui suivent quelque peu le plan de mon cadre théorique. Mon but était d'enquêter sur l'utilisation des techniques de médiation de la douleur.

2. Choix de la population

Mon choix de la population interviewée s'est tourné vers un infirmier exerçant en service de chirurgie vasculaire et gynécologie, et une infirmière exerçant en consultation et au domicile des patients. Ainsi je pouvais avoir connaissance des pratiques exercées dans les services tout comme à

domicile. La manière de travailler est tout à fait différente et le lieu d'action des soins est sans aucun doute important dans la prise en charge des patients.

Mon premier entretien a eu lieu auprès d'un infirmière diplômée en 2011 qui a commencé sa carrière en travaillant sur le pool et qui travaille en Chirurgie depuis maintenant 6 ans. Cet infirmier a obtenu un DU Douleur en Juin 2020.

Il a été très intéressant d'interroger cet infirmier car ses actions étaient très précises et un discours théorique qui m'a permis de mettre facilement en lien avec mon cadre théorique par la suite. J'ai effectué mon second entretien auprès d'une infirmière diplômée depuis 2004. Elle a exercé dans de multiples services et à un parcours assez complet. Elle a commencé sa carrière dans des services d'orthopédie, puis de médecine, elle est ensuite partie en réadaptation cardiaque en alternance avec de la gériatrie. Après cela, elle est partie dans un service de réanimation pulmonaire. Elle occupe actuellement un nouveau poste d'infirmière à domicile.

3. Modalité de réalisation

J'ai effectué mon premier entretien sur mon lieu de stage de semestre six. J'ai demandé à l'équipe si elle connaissait un infirmier doté d'un Diplôme Universitaire de la douleur. Je me suis entretenue avec l'infirmier autour d'un bureau dans un environnement assez calme, c'était sur un temps de stage pour moi et un temps de travail pour l'infirmier donc ça a été assez court. Pour le second entretien je me suis rendue dans le bureau de l'infirmière, j'avais pris rendez-vous au préalable et nous nous sommes rencontrés au calme entre deux consultations.

J'ai bien entendu obtenu l'accord de mes deux interlocuteurs lorsque j'ai demandé, au début de mes entretiens, s'il était possible d'enregistrer, de retranscrire et d'utiliser les paroles enregistrées sous couvert d'anonymat.

4. Traitement des données

Après avoir retranscrit et lu maintes fois mes entretiens j'ai réalisé un découpage par thème dans le but de les analyser. Par la suite, je les ai mis en lien avec les concepts sur lesquels j'ai travaillé lors de la rédaction de mon cadre conceptuel. J'ai pu faire émerger des constats et une réflexion que je développe dans les différents paragraphes suivants.

5. Les limites

Pour finir, il m'a été quelques fois difficile d'amener les infirmiers vers mes objectifs. À plusieurs reprises j'ai dû réajuster ma question afin que mon interlocuteur comprenne mieux. Mener ces entretiens à été une expérience complexe, mais j'ai remarqué que j'ai eu plus de facilité à mener mon second entretien que le premier.

PARTIE 4 - L'analyse descriptive des entretiens

Le questionnaire était constitué de telle sorte qu'on commence par aborder la douleur et la peur de la douleur, par les représentations de celle-ci, vers les actions infirmières de la prise en charge de la douleur et pour finir l'utilisation des techniques d'accompagnement des patients dans la douleur.

1. Peur et douleur

Les infirmiers ont constaté qu'il y avait bien un lien entre la peur et la douleur. La peur et la douleur issues du même endroit, notre cerveau, jouent un rôle l'une sur l'autre. Les patients appréhendent la douleur par rapport aux situations passées. Le premier infirmier explique que "douleur est inscrite dans notre mémoire" et que si le patient a le souvenir d'avoir eu mal dans une situation passée alors cela va déclencher la peur pour la fois suivante. Il parle aussi de "mécanisme méconnu" ou de "méconnaissance de la source de la douleur", il fait le lien entre cet inconnu et la peur qui en découle. En réponse à ma question sur le lien peur douleur, je peux en tirer que la peur majore la douleur et que si on commence par atténuer la peur alors on réduira la douleur.

2. La douleur selon les infirmiers sur le terrain

La représentation de la douleur des infirmiers que j'ai rencontrés, est complète autant pour l'un que pour l'autre. Dans les deux entretiens nous retrouvons la composante sensorielle, ou physique et la composante émotionnelle, ou morale. On retrouve aussi la notion de subjectivité et l'idée que chaque personne est amenée à rencontrer la douleur dans sa vie. Les deux infirmiers sont d'accord pour dire qu'il faut traiter la douleur, " la prendre en charge", et que c'est une priorité.

3. La douleur chez l'homme, chez la femme

L'infirmière comme l'infirmier, n'ont pas évoqué ou relevé de différence entre l'homme et la femme dans le traitement de la douleur. L'infirmier parle d'idées reçues "sur le fait que les hommes sont plus "douillets" que les femmes". L'infirmière évoque une idée de fierté de la gente masculine sur qui viendrait faire barrage à l'expression de la douleur, mais elle explique que d'autres "à l'inverse vont être dans la peur". D'après eux la différence prise en charge de la douleur des patients n'était une question de sexe mais que cela dépendait de la personne en tant que telle certaines vont "tout de suite verbalisé qu'ils ont mal, d'autres qui vont être plus réticents"

4. Action infirmière

Face à la douleur les deux infirmiers que j'ai interrogés mènent une enquête auprès du patient, "une évaluation de la douleur, à l'aide d'une échelle" ou encore ils posent des questions dans la recherche de l'origine de la douleur. Au cours du second entretien, l'infirmière m'a davantage exposé le rôle de la communication et à appuyer sur l'importance d'écouter et de rassurer le patient. Dans les deux entretiens le verbe "rassurer" est revenu plusieurs fois et on peut aussi noter le mot "réassurance", l'accompagnement du patient ressort beaucoup lors de cet entretien. Le but de cette enquête et de cette communication est de "trouver le meilleur moyen de la traiter" et "soulager" de mettre en place " un traitement de la douleur" . Les infirmiers avec qui j'ai échangé utilisent différentes sortes de traitement de la douleur comme "les packs froids et les packs chauds " ou encore le changement de position, ils travaillent en collaboration avec le médecin afin de pouvoir délivrer des "antalgiques".

5. Action de médiation de la douleur

Les infirmiers m'ont tous deux parlé de la mise en place de traitements antalgiques. Le premier infirmier a évoqué "la collaboration avec le chirurgien et l'anesthésiste" dans le but de mettre en place "des thérapeutiques médicamenteuses pour soulager la douleur".

Les infirmiers ont insisté sur le fait que la communication avec le patient est la clé pour établir une relation de confiance qui permet une prise en charge de la douleur optimale. La communication se fait par l'écoute, ce mot là est revenu à de nombreuses reprises au cours des entretiens, c'est signe que les infirmiers y accordent beaucoup d'importance. L'échange et la discussion sont des outils pour la mise en place de la relation de confiance soignant-soigné. Les infirmiers expliquent que si le patient

est en confiance alors il s'exprimera plus facilement sur son ressenti et comprendra la source de la douleur.

Le premier infirmier que j'ai interrogé émet l'hypothèse qu'expliquer au patient les sources de la douleur pourrait lui permettre d'accepter cette sensation désagréable et par ce fait, vivre cette douleur plus positivement. Comprendre la cause potentielle de la douleur et à quoi elle sert serait pour lui un outil de médiation de la douleur. Il insiste aussi sur l'importance de la réassurance, afin que le patient reprenne confiance en lui et en son corps vers une acceptation de la douleur et non un rejet. D'après lui il faut rassurer, expliquer que la douleur ne restera pas à vie, il parle de " ce côté réversible de la douleur".

La deuxième infirmière se sert de la communication pour laisser la conscience de ses patients s'évader vers autre chose que la douleur. Elle parle de créer une brèche, sans doute dans le discours douloureux du patient, faire évoluer ce discours vers un sujet qui va leur plaire comme le voyage par exemple, elle emploie la suite de mots "ça va les faire partir vers quelque chose", comme si elle essayait pendant ses soins de faire sortir le patient de la chambre d'hôpital par leur pensée, vers leur imagination. L'infirmier interrogé la rejoint sur cette procédure lorsqu'il parle "d'allumer la télévision" ou de " distraction". Distraire le patient afin de diriger son attention vers autre chose que la douleur semble être pour les infirmiers quelque chose de récurrent et d'utile lors des soins.

L'infirmière parle de techniques d'apaisement, comme la cohérence cardiaque ou encore la respiration mais aussi la sophrologie, l'hypnose et l'autohypnose.

Les infirmiers ont partagé avec moi d'autres techniques de médiation de la douleur, lors des entretiens chacun m'a confié qu'ils utilisaient les packs chauds ou les packs froids, le premier infirmier m'a d'ailleurs parlé de la cryothérapie et l'infirmière m'a expliqué avoir déjà utilisé des pommades chauffantes. Ils ont tous deux évoqué le changement de position et la mobilisation douce. L'infirmière m'a parlé de l'installation des patients à l'aide de coussins positionnés à différents endroits. Elle a aussi évoqué l'utilisation de massage aux huiles de soins.

J'ai pu relever un autre élément clé lors des entretiens : la participation du patient à la prise en charge de sa douleur. Lors du premier entretien, l'infirmier m'a confié qu'expliquer au patient l'échelle de douleur va l'encourager à participer, à se poser la question de l'intensité et prendre du recul sur sa situation. D'après l'infirmier c'est important que le patient donne un sens à sa douleur.

Lors du second entretien l'infirmière parle d'éducation du patient, à apprendre aux patients à se masser le ventre, expliquer quand mettre des packs chauds et des packs froids.

PARTIE 5 - La discussion

Pour mon travail de fin d'études, j'ai choisi comme sujet l'utilisation de technique de médiation par les infirmiers pour soulager la douleur des patients. Les situations vécues en stages m'ont orientée vers ce sujet, qui m'a porté vers l'élaboration d'une question de départ qui est : "Dans un contexte obstétrique, en quoi les techniques de médiation utilisées par les infirmiers permettent-elles à la patiente d'accueillir la douleur ?." J'ai alors fait des recherches et rédigé un cadre théorique sur les concepts de « douleur » puis je me suis concentrée sur les représentations de la douleur et enfin les techniques de médiation.

Il en ressort que la douleur fait partie de notre histoire. Elle a suivi l'homme à travers les âges avec différentes représentations. Grâce aux découvertes dans la science, nous avons pris connaissance du mécanisme de la douleur.

1. La douleur représentations infirmières

Dans le cadre théorique j'ai appris que nos représentations individuelles étaient influencées par nos représentations collectives. Cette théorie a été vérifiée lorsque j'ai interrogé les infirmiers. Pour l'un comme pour l'autre, la douleur a plusieurs composantes, sensorielle, ou physique et la composante émotionnelle, ou morale. Ils ont tous deux évoqué la notion de subjectivité. Ces notions viennent des cours que j'ai aussi eu à l'institut de soin infirmier. Ces représentations individuelles qu'ils ont, qui sont très similaires, viennent des connaissances inculquées pendant la formation infirmière, un tronc commun des formations médicales et paramédicales. La plupart des individus ayant suivi ce type de formation vont avoir une représentation de la douleur similaire sur un point. Malgré la différence des lieux d'exercice des deux infirmiers je n'ai pas eu de point de vue différent sur la représentation de la douleur à exploiter. Je pense que comme nos représentations nous sont propres alors c'est un peu se livrer sur son intimité de partager ses représentations. C'est peut-être pour cela que lors de mes entretiens, au moment de ma question sur les représentations, les infirmiers n'ont pas développé leurs pensées.

Dans mon cadre théorique, entre ma partie sur les douleurs des femmes et l'image de la femme en France aujourd'hui, les articles dénoncent une inégalité encore présente aujourd'hui entre les hommes et les femmes. Une inégalité face à la prise en charge de la douleur et une inégalité dans la

société. Lors de mes entretiens avec les infirmiers, ils m'ont tout deux exprimé que la prise en charge était la même envers un homme douloureux qu'envers une femme douloureuse. Pour ma part, à travers mes stages j'ai eu l'impression que la douleur était traitée uniformément quel que soit le sexe.

2. Le message de la douleur

À l'école d'infirmière on nous enseigne le mécanisme du système nerveux et le chemin qu'emprunte le message de la douleur. Le corps va donner une réponse à cette douleur, lors de mes recherches j'ai découvert que la douleur étant propre à chacun, chaque corps va donner une réponse différente et plus ou moins adaptée.

La réponse va se construire sur plusieurs critères comme la situation dans laquelle on est, si on a déjà été dans cette situation, si on a déjà vu la réponse de quelqu'un dans cette situation... Comme expliqué dans le cadre théorique, des études ont montré que la réponse de notre système nerveux peut être plus adaptée lorsqu'on est dans la compréhension de la situation dans laquelle on se trouve. Un des infirmiers que j'ai interrogé a fait allusion à cette adaptation de réponse à la douleur. Il parle de mécanisme qui peut être méconnu par les patients. Il fait le lien entre cette "méconnaissance de la source de la douleur" et la peur de la douleur, l'inconnu et la peur induisent une réponse inadaptée du corps face à la douleur. Effectivement je pense que si on fait entrer le patient dans la connaissance de la source et du rôle de la douleur qu'il ressent, alors la réponse à cette douleur sera plus adaptée. En théorie comme en pratique donner un sens à sa douleur aide à accueillir la sensation désagréable mais peut-être un peu moins avec cette connaissance.

Cette situation, ce ressenti douloureux va laisser une trace. Une trace peut être physique mais aussi émotionnelle, cette douleur va être répertoriée dans notre mémoire. D'après mes recherches théoriques, ce sont les émotions ressenties que le cerveau va garder précisément, au niveau de la mémoire. Les infirmiers que j'ai interrogés sont d'accord pour dire que les patients appréhendent la douleur par rapport aux situations passées. Un des deux professionnels dit que "douleur est inscrite dans notre mémoire" et on peut ensuite faire le lien entre les situations passées et la peur. Je comprends que le soin technique en lui-même est douloureux mais l'environnement dans lequel le patient se trouve doit être davantage pris en compte, dans le but de prodiguer le soin le moins désagréable possible mais aussi qu'il ne reste pas un mauvais souvenir.

Si on réunit le maximum d'éléments agréables autour du soin alors la douleur en provenance du geste technique paraîtra moins désagréable. Par exemple, la peur majore la douleur, si on commence par atténuer la peur alors on réduira la douleur.

Les infirmiers ont pour but d'aider le patient à donner une réponse à la douleur la plus adaptée possible. Pour ce faire, je pense qu'il faut supprimer de l'équation tous les facteurs qui vont rendre le moment désagréable. Si on garde l'exemple de la peur, les infirmiers que j'ai interrogés, utilisent comme outils la réassurance c'est-à-dire : rassurer le patient et le mettre en confiance. J'ai démontré dans le cadre théorique qu'effectivement, la construction d'un environnement rassurant et en pleine conscience, est un élément central dans l'accompagnement du patient dans la douleur. Cette mise en sécurité permet une perception du moment moins traumatique émotionnellement.

3. Le traitement de la douleur

Lors de mes entretiens, les infirmiers ont insisté sur la création de la relation de confiance avant toute mise en place de technique de médiation. Cette relation de confiance s'installe grâce à la communication verbale ou non verbale, par l'écoute. Je pense que sans établir cette relation soignant-soigné, la mise en place de technique de médiation est très compliquée, c'est pour cela que la mise en confiance du patient est selon moi la première étape de la prise en charge de la douleur, que ça soit par moyen médicamenteux ou non.

Dans la partie sur la pleine conscience, nous avons pu voir qu'être dans la pleine conscience de sa douleur permet l'acceptation de celle-ci. Écouter et comprendre son corps, comprendre la source de la douleur renforce le contrôle de soi et le sentiment d'efficacité personnel. Ce sentiment participe à la naissance d'un effet positif sur les émotions. Le premier infirmier que j'ai interrogé m'a fait part qu'il donnait très souvent des explications au patient sur le mécanisme de la douleur afin que les patients puissent comprendre la cause potentielle de la douleur. Dans mon cadre théorique tout comme dans mon analyse de situation sur le terrain, on remarque que la compréhension du corps mène vers une acceptation potentielle de la douleur. D'après les expériences que j'ai vécues en stage, éclairer les patients sur le fonctionnement de leur corps dans un premier temps puis expliquer le dysfonctionnement coupable de leur douleur dans un deuxième temps, était vraiment très intéressant dans la perception de leur douleur par la suite. J'ai pu remarquer que leur comportement face à leur douleur était comme plus "détendu" et la description de celle-ci plus précise et parfois l'échelle de douleur était plus basse qu'avant. Je pense que de donner aux patients les connaissances du mécanisme de leur douleur participe à l'acceptation. Leur dire que la douleur est un signe d'alerte de leur corps, rend celle-ci moins négative.

Lors de mon second entretien, l'infirmière fait référence à l'utilisation d'une mise en situation relaxante pour pallier la douleur. Les situations douloureuses sont des situations qui sont stressantes et le stress induit la tension musculaire ce qui induit encore plus de douleurs. Effectivement on a pu

apprendre dans le cadre théorique que l'environnement dans lequel est le patient lors des soins est un élément essentiel. Le relâchement et la détente musculaire permettent d'après Nathalie Baste de diminuer l'anxiété et donc diminuer la douleur. L'infirmière que j'ai interrogée utilise une méthode similaire, elle fait parler le patient afin que son attention se porte sur autre chose que sur la douleur. Son but étant que par la conscience, le patient s'évade momentanément pour quelques instants éprouvants, pour la réfection d'un pansement par exemple il faut encourager le patient à parler de sa famille ou de ses voyages.

Le premier infirmier interrogé utilise des méthodes de distraction comme la télévision. L'objectif de l'infirmier est que le patient porte son attention vers autre chose que vers le soin. D'après moi les deux techniques sont intéressantes, elles sont utilisées toutes les deux pour détourner l'attention du patient. En fonction du profil du patient et de sa capacité à gérer sa conscience, j'utiliserais une des deux méthodes.

Dans mon cadre théorique nous avons pu comprendre l'action physique qu'avait la thermothérapie sur notre douleur. En effet, d'après l'article *Comment le froid agit-il pour réduire les douleurs traumatiques ?*, cité plus haut dans le cadre théorique, le froid a des facultés analgésiques et anesthésiantes mais il agit aussi sur la vasoconstriction en limitant l'œdème. À l'inverse le chaud va avoir un effet vasodilatateur qui d'après Guillaume THEVENON, Kinésithérapeute et auteur de l'article *Mettre du Chaud ou du froid pour soulager mes douleurs ?*, est efficace contre les douleurs musculaires. La vasodilatation permet de décontracter le muscle.

Les infirmiers que j'ai rencontrés m'ont beaucoup parlé de l'utilisation de la thermothérapie pour pallier la douleur. Ils ont évoqué le pack chaud et le pack froid mais aussi la pommade chauffante. Ce qui m'a interpellé c'est quand l'infirmière a parlé du massage. Je pense que la thermothérapie est une technique de médiation à part entière car ses propriétés vont agir directement et physiquement sur la douleur. C'est un outil qui n'est pas à négliger mais je pense que le massage serait une piste à explorer. Le toucher-massage comme on peut l'appeler dans les services a, je pense, un double effet. Il y a la sensation du massage, le modelage des muscles, de la peau, avec une action de détente et il y a aussi le toucher qui vient compléter le geste, un contact humain direct. Cette méthode pourrait être une éventuelle technique de médiation. La détente du patient engendre une baisse du taux de cortisol et une diminution du stress, et l'attention du patient est portée sur le massage plutôt que sur la douleur, on obtient deux processus de diminution du ressenti douloureux. C'est à vrai dire une piste qui m'a interpellé et qui m'intéresserait beaucoup de suivre pour, peut-être, une suite de ce travail de recherche.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude, réalisé au long de ma troisième et dernière année de formation en soins infirmiers, est la première démarche de recherche que je réalise. En premier lieu, devant l'ampleur du travail à mener, cela m'a semblé être un exercice vertigineux. Les guidances avec la formatrice référente ont permis de rythmer le travail que je faisais. Le développement efficace de mon mémoire est le résultat de la méthodologie conseillée lors des entretiens de guidance, associée à mon organisation. À chaque étape de rédaction, j'en apprenais davantage sur le rôle infirmier et ça a été le fil conducteur de ce travail.

J'ai fondé mon questionnement à partir de deux situations qui m'ont interpellé lors de mes stages. La phase exploratoire a commencé par des recherches sur les différents thèmes de mon questionnement. L'écriture du cadre conceptuel m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur la source et l'histoire de la douleur mais aussi sur les représentations et les techniques de médiation. Ces connaissances seront sans aucun doute utiles dans l'exercice de mon futur métier.

Les entretiens que j'ai réalisés m'ont permis de découvrir les pratiques professionnelles des infirmiers que j'ai interrogés. Certaines pratiques que je découvrais à travers leur discours et d'autres dans lesquelles je pouvais parfois me retrouver. Ces échanges ont été très enrichissants tant pour ce travail de recherche que pour ma pratique professionnelle. Les informations recueillies m'ont permis de construire une nouvelle image de la douleur et ainsi de nouvelles approches dans les soins. Aujourd'hui je comprends pourquoi il est important de prendre le temps avec les patients, que pour un soin technique l'attitude soignante est primordiale. Le contact humain et la relation soignant-soigné qui est créé est le cœur de la prise en soin.

Ce travail de recherche m'a fait prendre conscience qu'il faut se préoccuper de la douleur, avant, pendant et après le soin et en collaboration avec le patient. Il doit être acteur du soin par la gestuelle ou par la conscience et c'est moi, future infirmière, qui ai le devoir de le guider. Il est parfois difficile pour le patient de remplir ce rôle et c'est pour cela qu'il existe différentes manières d'être acteur. Ces "manières" sont les techniques de médiations. La douleur est propre à chacun alors je pense que les techniques de médiation de la douleur sont plus ou moins adaptées à chacun. Nous pouvons alors nous demander, en quoi certaines techniques de médiation sont plus adaptées que d'autres dans différentes situations de prise en charge de la douleur.

Pour conclure, je dirais que ce travail de recherche, riche de données et de réflexion, m'a donné les clés pour améliorer ma pratique et réaliser une prise en charge de la douleur la plus complète possible. J'ai compris que traiter la douleur se faisait en plusieurs étapes et je compte bien les suivre et adapter l'accompagnement dans le but que les patients accueillent au mieux la douleur.

Bibliographie

Ouvrage

- Baste, N. (2016). 16. La relaxation progressive de E. Jacobson. Dans : , N. Baste, *Méthodes de relaxation: En 37 notions* (pp. 137-147). Paris: Dunod.
Chapitre 16, page 137 à 147
- Bioy, A. & Lignier, B. (2020). *Clinique et psychopathologie de la douleur*. Paris: Dunod.
- Blöss, T. & Frickey, A. (2001). La féminisation de la société française. Dans : Thierry Blöss éd., *La femme dans la société française* (pp. 119-123). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Gaffiot, F (2000). *Le Grand Gaffiot*. Dictionnaire Latin-Français
- Marchand, S (1996). Le phénomène de la douleur
- McGregor, A. (2021). 6. Les femmes et la douleur. Dans : , H. Colombeau, *Le sexe de la santé: Notre médecine centrée sur les hommes met en danger la santé des femmes Ce que nous pouvons faire pour y remédier* (pp. 123-143). Toulouse: Érès.
- Waugh.A & Grant.A. (2019). Ross & Wilson. Anatomie et physiologie normales et pathologiques. Elsevier Masson

Article

- Clément-Hryniewicz, N. (2007). La relaxation à inductions variables : de l'intimité de la souffrance comme soin de la douleur aiguë. *L'information psychiatrique*, 83, 471-478.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8306.0471>
- Ferragut, É. (2012). Douleur, souffrance et médiations corporelles ou artistiques. *Le Journal des psychologues*, 298, 26-29.
<https://doi.org/10.3917/jdp.298.0026>
- Gordon, D.B., Dahl, An.D., Miaskowski, C., McCarberg, B., Todd, K.H., Paice, An.A. (2005). American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and pain cancer pain management. *Archives of Internal Medicine*, 165(14), 1574-1580.
- Goubert, L., Craig, K.-D., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M.-An.-L., Williams, A.C de C., Cano, A., Crombez, G. (2005). Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*, 118(3), 285-288.

- HERNANDEZ, J (2019) Article "Comment le cerveau module l'intensité de la douleur ?" Futura Santé
- Laplane-Caillol, E. (2013). La femme-objet !. *Après-demain*, 26,NF, 17-19.
<https://doi.org/10.3917/apdem.026.0017>
- Laurent, B. (2009). Pourquoi le neuropsychologue devrait s'intéresser à la mémoire de la douleur ?. *Revue de neuropsychologie*, 1, 337-342.
<https://doi.org/10.3917/rne.014.0337>
- Picard, L., Eustache, F. & Piolino, P. (2009). De la mémoire épisodique à la mémoire autobiographique : approche développementale. *L'Année psychologique*, 109, 197-236.
<https://doi.org/10.3917/anpsy.092.0197>
- Peoc'h, N., Lopez, G., Castes, N. (2007). Représentations et douleur induite: repère, mémoire, discours... vers les prémisses d'une compréhension. *Recherche en Soins Infirmiers*, 88, 84-93

Mémoire

- (n.d.). L'infirmier dans le processus d'évaluation de la douleur.
<http://www.ifsio4.com/medias/files/l-infirmier-dans-le-processus-d-evaluation-de-la-douleur-tfe-2013-jana-mencova-marcel.pdf>

Page web

- Charlet, J. (2018). Souffrance et douleur : du latin au français... vers l'humain !. Dans : Philippe Pitaud éd., *Gérontologie : aux portes de la souffrance* (pp. 17-28). Toulouse: Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2018.01.0017>
- Corday, C. (2014, February 2). *Histoire de la douleur féminine de l'Antiquité à nos jours- Dr Fabrice Lorin*. Psychiatriemed.
<https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/165-histoire-de-la-douleur-feminine-de-lantiquite-a-nos-jours.html>
- *Comment la naissance est devenue un acte médicalisé.* (2017, August 30). Le Monde.
https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html
- *Comment le cerveau module l'intensité de la douleur.* (2019, October 21). Futura-Sciences. Retrieved March 29, 2022, from
<https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/cerveau-cerveau-module-intensite-douleur-61937/>

- Dionne, F. (2014, April 17). *Libérez-vous de la douleur!* | *Le Huffington Post LIFE*. Huffington Post.
https://www.huffingtonpost.fr/frederick-dionne/liberez-vous-de-la-douleur_b_5165478.html
- *Douleur chronique et interculturalité: - Approche infirmière par les stratégies de coping*. (2016, May 16). RERO DOC.
https://doc.rero.ch/record/278503/files/TB_Blanc_L_Cardamoni_M_2016.pdf
- Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt*, no<(sup> 30), 23-32.
<https://doi.org/10.3917/gest.030.0023>
- Girod, V., & Montero, S. (2019, August 2). *Les femmes de Rome étaient-elles vraiment libérées ?* National Geographic.
<https://www.nationalgeographic.fr/histoire/les-femmes-de-rome-etait-elles-vraiment-liberees>
- Gauchet, A. & Pellissier, S. (2016). Pleine conscience et gestion des douleurs chroniques : l'impact psychologique et neurophysiologique. Dans : Estelle Fall éd., *Introduction à la pleine conscience* (pp. 105-118). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.falle.2016.01.0105>
Page 105 à 118
- *Histoire de la douleur : de l'Antiquité à nos jours - Dr Fabrice Lorin*. (2015, March 6). Psychiatriemed.
<https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/76-histoire-de-la-douleur-de-lan-tiquite-a-nos-jours-dr-fabrice-lorin.html>
- Hôpital Robert-Debré. *Soulager la douleur sans recours aux médicaments*. (n.d.).
<http://robertdebre.aphp.fr/soulager-douleur-sans-medicaments/>
- *La femme dans nos sociétés*. (n.d.). La Ligue 13.
https://laligue13.fr/images/docs/outils_et_ressources/femme/LA_FEMME_DANS_LA_SOCIETE_compressed.pdf
- Laurent, B. (2009). Pourquoi le neuropsychologue devrait s'intéresser à la mémoire de la douleur ?. *Revue de neuropsychologie*, 1, 337-342.
<https://doi.org/10.3917/rne.014.0337>
-
- Lizotte, M. (2019). Olivier GALLAND et Yannick LEMEL, *Sociologie des inégalités*. *Revue européenne des sciences sociales*, 57-2, 294-296. <https://doi.org/10.4000/ress.5485>

- Péoch, N. (2012). La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 65-77. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0065>
- Picard, L., Eustache, F. & Piolino, P. (2009). De la mémoire épisodique à la mémoire autobiographique : approche développementale. *L'Année psychologique*, 109, 197-236. <https://doi.org/10.3917/anpsy.092.0197>
- Société de l'arthrite. *GÉRER LA DOULEUR CHRONIQUE*. (n.d.). https://arthrite.ca/getmedia/b0f60c49-cb47-407b-b67b-367600edb55c/gerer-la-douleur-chronique_PDF.pdf
- *Soulager la douleur avec le chaud ou le froid ?* (2021, Novembre 16). Futura-Sciences. <https://www.futura-sciences.com/sante/questions-reponses/medecine-soulager-douleur-chaud-froid-12376/>

Cours

- Davy, A. (2022). Les Stratégies antalgiques multimodales pour un prendre soin de qualité. *IFSI du CHU de Rennes*
- Desevecadvy, E. (2019). *Connaissances infirmières sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux*. *IFSI du CHU de Rennes*
- Desevecadvy, E. (2019). Les cellules du système nerveux. *IFSI du CHU de Rennes*
- Guy, D. (2020). Les antalgiques et le rôle IDE. *IFSI du CHU de Rennes*

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

L'enquête porte sur l'utilisation de technique non-médicamenteuse dans le traitement de la douleur.

“J'aimerais enregistrer notre entretien êtes vous d'accord ? “

“ Je me présente, je suis Agathe étudiante infirmière en 3ème année, je suis actuellement dans l'écriture de mon mémoire, sur le thème de la douleur.”

- Pouvez vous me décrire votre parcours professionnel ? (Formation douleur?)
- Pour vous, quel lien existe-il entre peur et douleur ?
- Quelles sont vos représentations de la douleur à ce jour ?
- Quelles actions infirmières mettez-vous en place face à un patient douloureux ?
- En quoi la prise en charge de la douleur chez l'homme diffère-t-elle de celle de la femme ?
- Quelles techniques utilisez-vous pour accompagner les patients dans la douleur ?
- Quel types de technique de médiation avez vous l'habitude d'utiliser ? Dans quel type de situation ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

“Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.”

Annexe II : Entretien retranscrit IDE 1

IDE numéro 1 Service de chirurgie - Le 03.03.22

Retranscription entretien n°1

ESI - J'aimerais enregistrer notre entretien êtes-vous d'accord ? “

IDE - Oui je suis d'accord aucun problème.

ESI - Donc, je me présente, je suis Agathe étudiante infirmière en 3ème année, je suis actuellement dans l'écriture de mon mémoire, sur le thème de la douleur.”

IDE - D'accord, très bien, très intéressant

ESI - Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ? (Formation douleur?)

IDE - Alors mon parcours professionnel, J'ai été diplômé d'Etat en décembre 2011. J'ai travaillé pendant 4 ans sur différents services de pool (APHP et Saint Grégoire) et je travaille en Chirurgie depuis maintenant 6 ans ½ et j'ai passé mon DU Douleur en Juin 2020.

ESI - Pour vous, quel lien existe-il entre peur et douleur ?

IDE - Pour moi les composantes de la douleur prennent naissance dans le cortex cérébral d'une personne, c'est le stimulus envoyé au cortex qui détermine le degré de la douleur et toutes les autres composantes qu'on appelle le TILT. Je pense que tu connais, le Type, l'Intensité, la localisation, la Temporalité. La peur étant une émotion, elle prend son origine dans notre cortex. Je dirais donc que l'émotion ressentie joue un rôle sur la sensation de douleur. De nombreuses études ont fait un lien entre la peur et la majoration des douleurs chez les patients. Au même titre que la douleur, la peur est un élément négatif. Si on arrive à réduire la peur, on réduira la douleur.

ESI - Quelles sont vos représentations de la douleur à ce jour ?

IDE - Pour moi, au même titre que la définition de l'OMS, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable pour les patients que je suis amené à prendre en charge. C'est aussi quelque chose de méconnu souvent pour les patients (mécanisme et les composantes). C'est pour moi quelque chose que chaque personne est amenée à rencontrer au cours de sa vie. Chaque personne ressent sa propre douleur et s'extériorise selon différents facteurs.

ESI - Quelles actions infirmières mettez-vous en place face à un patient douloureux ?

IDE - Tout d'abord, je fais une évaluation de la douleur, à l'aide d'une échelle. Il faut rechercher l'origine de celle-ci, poser des questions afin de trouver le meilleur moyen de la traiter. On met en place un traitement de la douleur et on réévalue le traitement pour savoir s'il a été efficace ou s'il a besoin d'être ré adapté.

ESI - Quand vous dites que vous traitez la douleur, pouvez-vous développer ?

IDE - Pour traiter la douleur on dispose d'outils comme les packs froids et les packs chauds que tu as déjà utilisés dans le service. Les packs froids c'est surtout en post opératoire au niveau des plaies. Ensuite il y a les antalgiques, en se référant à la prescription et au protocole on va adapter l'antalgique et réévaluer l'efficacité.

ESI - En quoi la prise en charge de la douleur chez l'homme diffère-t-elle de celle de la femme ?

IDE - Pour moi il n'y a pas de différence dans la prise en charge entre hommes et femmes. En général, il y a des idées reçues sur le fait que les hommes sont plus "douillots" que les femmes, mais j'ai appris pendant mon DU que c'est faux.

ESI - Quelles techniques utilisez-vous pour accompagner les patients dans la douleur ?

IDE - Il y a un gros travail de réassurance en post opératoire sur le côté réversible de la douleur qui a un lien avec les interventions chirurgicales. On met en place en collaboration avec le chirurgien ou l'anesthésiste des thérapeutiques médicamenteuses pour soulager les patients et les thérapeutiques non médicamenteuses en complément comme le pack froid, appelé "cryothérapie" et la mobilisation douce. On sensibilise les patients à se mobiliser avec précaution en post op. En pré-op, tu as dû voir dans l'entretien d'accueil, on procède à l'explication des échelles de la douleur quand il n'y a généralement pas de douleur afin que le patient prenne connaissance de son état

actuel et qu'en post op l'évaluation ait un sens pour lui et que l'évaluation soit la plus précise possible.

ESI - Quels types de technique de médiation avez-vous l'habitude d'utiliser ?

IDE - Beaucoup d'explications sur les causes potentielles de la douleur... Cela peut aider les patients à mieux comprendre cette sensation négative qu'ils ressentent. Les échanges avec les patients sur leur ressenti et surtout si on peut améliorer leur état simplement en faisant des choses simples comme la réinstallation dans le lit, ou la mise à disposition de ce dont le patient a besoin, lui proposer d'allumer la télévision ou encourager le patient à demander à ses proches de ramener de la distraction comme un livre par exemple.

ESI - Dans quel type de situation ?

IDE - Lorsque le patient ne comprend pas pourquoi il a mal, lorsque le patient appréhende un mouvement ou un évènement qui pourrait augmenter sa douleur, là on fait de la réassurance et on explique la cause. Si le patient comprend sa douleur alors il va peut-être plus facilement accepter ou en tout cas moins la rejeter. Entre autres choses à cause de ses peurs ou de sa méconnaissance de la source de la douleur, la douleur peut être augmentée, on essaye alors d'expliquer et de rassurer.

ESI - Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

IDE - Non rien , sinon bon courage pour le mémoire.

ESI - Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions

Annexe III : Entretien retranscrit IDE 2

IDE numéro 2 Soins à domicile - Le 15.03.22

Retranscription entretien n°2

ESI - Je me présente, je suis Agathe étudiante infirmière en 3ème année, je suis actuellement dans l'écriture de mon mémoire, sur le thème de la douleur et des techniques de médiation de la douleur. Est-ce que tu peux me décrire un peu ton parcours professionnel ?

IDE - Oui, donc du coup moi j'ai été diplômée infirmière en 2004, j'ai fait mon école d'infirmière à Niort, j'ai commencé à faire quelques mois de nuit, dans des services d'orthopédie, médecine. Après je suis partie en réadaptation cardiaque en alternance de la gériatrie. Après, j'ai fait 7 ans de réanimation pulmonaire et 10 ans de réadaptation cardiaque autour de l'éducation thérapeutique du patient. La actuellement le nouveau poste d'infirmière à domicile.

ESI - Ok d'accord, est-ce que pour toi il existe un lien entre la peur et la douleur ?

IDE - La peur, oui la peur je pense la peur du pansement et la peur du geste invasif, par la vision du matériel par les pinces et tout, je pense que les gens appréhendent énormément ça. Je pense que ça serait ça, la peur du matériel et aussi toute l'ablation des pansements, car c'est quelque chose que les gens appréhendent énormément.

ESI - Et du coup ça se répercute sur la douleur après...

IDE - ouais, ils sont très en général pour certains s' ils ont vécu des situations plus dures dans le passé et même ôté un pansement, le début du pansement, le moment où on doit faire le plus attention je pense.

ESI - D'accord, Quelles sont tes représentations de la douleur aujourd'hui ?

IDE - La douleur je dirais que c'est une des premières choses à prendre en compte, autant la douleur physique que la douleur morale, dans ta prise en charge de patient ça sera une des premières choses à demander, à l'arrivée de ton patient et au moment de la rencontre. C'est

vraiment, est ce qu'il a mal ? ou ? comment ? l'intensité... Et vraiment différencier si c'est une douleur physique morale ou qui est induite

ESI - Quelles actions infirmières tu mets en place toi quand tu es face à un patient qui est douloureux.

IDE - Donc face à un patient douloureux , je dirais déjà de le rassurer, de bien l'écouter et de le rassurer. Par la suite lui demander quels ont été ses derniers antalgiques, ses habitudes et quelles choses on peut mettre en place. Évaluer la douleur et lui proposer des traitements antalgiques. Tu peux lui proposer différentes choses hors médicament aussi, le positionnement, s'il est alité, pas lité les différentes positions, le chaud, le froid et le faire verbaliser le plus possible pour que tu arrives à trouver le moyen pour le soulager.

ESI - D'accord, en quoi la prise en charge de la douleur chez l'homme diffère t'elle de chez la femme?

IDE - Peut être que les hommes pour certains semblent plus durs au mal de part la fierté je pense ils ne vont pas te dire qu'ils ont mal et d'autres à l'inverse vont être dans la peur, je dirais que ça dépend vraiment de la personne. Tu en as qui vont tout de suite verbaliser qu'ils ont mal, d'autres qui vont être plus réticents certains veulent rien prendre. Pour moi sur toutes les années ou j'ai travaillé je ne vois pas de différences entre un homme ou une femme. Je pense que c'est vraiment dans la façon ou tu arrives de le prendre en charge de lui parler, dès le début déjà que ça soit homme ou femme j'ai pas rencontré de difficulté. On sait tout de suite s'il y a du feeling et s' ils vont vouloir se confier.

ESI - Quel type de technique de médiation tu as l'habitude d'utiliser et dans quelle situation ?

IDE - Du coup ça serait tout ce qui est le pack chaud et le pack froid en fonction des douleurs, tout ce qui est douleurs cervicales, lombalgies, douleurs de dos, même pour la nuit, les gens qui sont très douloureux, pas hésiter à leur proposer ça, bien envelopper, faire très attention avec tes packs. Si il y a possibilité, si il y a pas de contre-indication pourquoi pas utiliser certaines pommades chauffantes si il y a rien d'interférant avec d'autres traitements. Après des massages, aux huiles de soin qu'il y a dans les services, arnica choses comme ça. Après beaucoup dans la respiration, plus tu utiliseras des techniques d'apaisement, tu leur parles tu les fais respirer le plus possible, et essayer de les faire penser à autre chose pendant les soins plus ils vont ôter leur douleur. Et bien les mettre en confiance, leur demander à quel moment ils ont mal, discuter et ça part.

ESI - Est ce que tu souhaites ajouter quelque chose à notre entretien ?

IDE - Ce que je te dirais au niveau de la douleur c'est vraiment l'écoute de ton patient et localiser la douleur. Après toutes les techniques, je souhaite que tu aies le temps de le faire en fonction des services ou tu seras, le plus possible. Par des petits soins tout simples que tu peux apprendre et ça peut passer par l'éducation : les personnes qui ont mal au ventre, masser le ventre, mettre des packs chauds et apprendre à faire des massages à elles-mêmes. Et après toutes les techniques de relaxation, sophro, hypnose, autohypnose et partir dans les actions que toi tu puisses faire qui reste accessibles. Ça aussi être le positionnement de tes patients, des gens assis dans leur fauteuil, ça va être des coussins positionnés à différents endroits. C'est vraiment dans la parole et si les gens peuvent pas parler ça va être avec la gestuelle. Après dans les soins moi vraiment j'ai peu utilisé, ou là finalement les gens que ça soit dans la douleur physique ou morale la clé c'est l'écoute, c'est énormément d'écoute. Ils en oublient même des fois de prendre leur doliprane justement parce que tu leur a parlé. C'est du temps, mais si tu es à l'écoute et que tu prends du temps pour ton patient, il aura peut-être moins mal. Passer du temps avec ton patient, écouter, trouver des solutions... Là j'ai une dame sevrage tabac, elle à des caries mais elle à aussi une douleur morale, c'est que de l'écoute qu'elle veut, pour les douleurs ça va être des techniques d'apaisement. Tu as utilisé d'autres techniques toi dans tes stages en service ?

ESI - Les packs chauds, les packs froids, ça on a fait beaucoup, sinon quand j'étais en maternité y avait les bains, sinon la respiration , se concentrer sur la respiration, essayer de faire penser à autre chose, la météo...

IDE - Quelque chose qui fonctionne plutôt bien, c'est quand ils se sentent en confiance, en fait l'idée, au début tu seras plus à l'aise en fonction du service ou tu seras et de la pathologie que tu vas traiter. Mais ce qui fonctionne très très bien après c'est quand tu sais le contexte familial. Si tu dis "bonjour vous êtes marié" et puis la il est veuf depuis 1 mois ou alors "vous avez des enfants" et ils n'ont jamais pu avoir d'enfant ça peut être douloureux, mais déjà si tu sais dire " dans quel contexte vous vivez ? "ah j'habite à saint jean de mont" "ah c'est bien il fait beau vous pouvez marcher " et la où "vous aimez les voyages?". En fait tu essayes de créer une brèche et que eux ça va leur plaire et ça va les faire partir vers quelque chose comme ça. Cohérence cardiaque, l'autohypnose mais c'est beaucoup de travail. Voilà.

ESI - Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions"

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Thème	Douleur	Peur	Relation
IDE1	<p>“douleurs prennent naissances dans le cortex”</p> <p>“stimulus”</p> <p>“douleur est inscrite dans notre mémoire”</p>	<p>“peur étant une émotion elle prend son origine dans le cortex”</p> <p>“émotion ressentie”</p> <p>“mécanisme méconnu”</p> <p>“composante méconnue”</p> <p>“méconnaissance de la source de la douleur”</p> <p>“engendrer la peur, ne pas savoir pourquoi on a mal”</p>	<p>“joue un rôle sur la sensation de la douleur”</p> <p>“lien entre peur et majoration de la douleur”</p> <p>“si on arrive à réduire la peur on réduira la douleur”</p> <p>“première fois s’est mal passée alors on va redouter la fois suivante”</p>
IDE2	<p>“geste invasif”</p>	<p>“les gens appréhendent”</p> <p>“appréhende un mouvement ou un évènement qui pourrait augmenter sa douleur”</p>	<p>“les gens appréhendent”</p> <p>“situations plus dures dans le passé”</p>

Thème	Représentation Sensorielle	Représentation Émotionnelle	Subjectivité	Traiter la douleur
IDE1	<p>"sensorielle"</p>	<p>"Émotionnelle"</p>	<p>“universelle”</p> <p>“chaque personne est amenée à rencontrer”</p> <p>“subjective”</p> <p>“ Ressent sa propre douleur”</p>	<p>“prise en charge”</p>
IDE2	<p>“douleur physique”</p>	<p>“douleur morale”</p> <p>“différencier douleur physique, morale, induite”</p>		<p>“première chose à prendre en compte”</p> <p>“première chose à demander”</p> <p>“prise en charge de la patiente”</p> <p>“est ce qu’il à mal ? ou ? comment ?l'intensité”</p>

Thème	Accompagnement	Enquête	But	outils de traitement de la douleur
IDE1	<p>“réassurance” “on explique la cause”</p> <p>“expliquer et de rassurer”</p>	<p>“une évaluation de la douleur, à l’aide d’une échelle”</p> <p>“rechercher l’origine de celle-ci”</p> <p>“poser des questions”</p> <p>“adapter l’antalgique et réévaluer l’efficacité”</p>	<p>“trouver le meilleur moyen de la traiter”</p> <p>“place un traitement de la douleur et on réévalue le traitement”</p> <p>“efficace ou s’il a besoin d’être ré adapté”</p>	<p>“les packs froid et les pack chaud “</p> <p>“packs froids c’est surtout en post op au niveau des plaies”</p> <p>“les antalgiques”</p>
IDE2	<p>“le rassurer, de bien l’écouter et de le rassurer”</p>	<p>“lui demander quels ont été ses derniers antalgiques, ses habitudes et quelles choses on peut mettre en place”</p> <p>“évaluer la douleur”</p> <p>“le faire verbaliser les plus possible”</p>	<p>“proposer différentes choses hors médicament,”</p> <p>“tu arrives à trouver le moyen pour le soulager.”</p>	<p>“ médicament, le positionnement, s' il est alité, pas alité les différentes positions, le chaud, le froid”</p>

Thème	Différence	Similarité	actions
IDE1	<p>“il n’y a pas de différence dans la prise en charge entre hommes et femmes”</p> <p>“il y a des idées reçues sur le fait que les hommes sont plus “douillets” que les femmes”</p>		
IDE2	<p>“les hommes pour certains semblent plus dur aux mal de part la fierté”</p> <p>“ne vont pas te dire qu’ils ont mal et d’autres à l’inverse vont être dans la peur,”</p>	<p>“dirais que ca depend vraiment de la personne”</p> <p>"tout de suite verbalisé qu’ils ont mal, d’autres qui vont être plus réticents”</p> <p>“je ne vois pas de différences entre un homme ou une femme”</p> <p>“que ca soit homme ou femme j’ai pas rencontré de difficulté”</p>	<p>“c’est vraiment dans la façon où tu arrives de le prendre en charge de lui parler”</p>

Thème	Communication	médiation	Patient acteur	médicament										
<p>IDE1</p>	<p>“ gros travail de réassurance”</p> <p>“côté réversible de la douleur qui a un lien avec les interventions chirurgicales”</p> <p>“explication des échelles de la douleur</p> <p>“mieux comprendre cette sensation”</p> <p>“échanges avec les patients sur leur ressenti”</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="587 338 775 398"></td> <td data-bbox="775 338 976 398"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 398 775 479"> <p>“allumer la télévision”</p> </td> <td data-bbox="775 398 976 479"> <p>“le pack froid”</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 479 775 560"> <p>“ ramener de la distraction”</p> </td> <td data-bbox="775 479 976 560"> <p>“cryothérapie” et la mobilisation douce”</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 560 775 904"> <p>“comprend sa douleur alors il va peut être plus facilement accepter ou en tout cas moins la rejeter”</p> </td> <td data-bbox="775 560 976 904"> <p>“On sensibilise les patients à se mobiliser avec précaution”</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="587 904 775 1111"> <p>“Beaucoup d’explications sur les causes potentielles de la douleur”</p> </td> <td data-bbox="775 904 976 1111"></td> </tr> </table>			<p>“allumer la télévision”</p>	<p>“le pack froid”</p>	<p>“ ramener de la distraction”</p>	<p>“cryothérapie” et la mobilisation douce”</p>	<p>“comprend sa douleur alors il va peut être plus facilement accepter ou en tout cas moins la rejeter”</p>	<p>“On sensibilise les patients à se mobiliser avec précaution”</p>	<p>“Beaucoup d’explications sur les causes potentielles de la douleur”</p>		<p>“explication des échelles de la douleur quand il n’y a généralement pas de douleur afin que le patient prenne connaissance de son état actuel et qu’en post op l’évaluation ait un sens pour lui”</p>	<p>“collaboration avec le chirurgien ou l’anesthésiste des thérapeutiques médicamenteuses pour soulager les patients”</p>
<p>“allumer la télévision”</p>	<p>“le pack froid”</p>													
<p>“ ramener de la distraction”</p>	<p>“cryothérapie” et la mobilisation douce”</p>													
<p>“comprend sa douleur alors il va peut être plus facilement accepter ou en tout cas moins la rejeter”</p>	<p>“On sensibilise les patients à se mobiliser avec précaution”</p>													
<p>“Beaucoup d’explications sur les causes potentielles de la douleur”</p>														

IDE2 “bien les mettre en confiance” “ discuter” “ l'écoute, c'est énormément d'écoute” “parlé” “l'écoute” “tu prends du temps pour ton patient” “Passé du temps avec ton patient, écoute,” “sentent en confiance” “ créer une brèche et que eux ça va leur plaire et ça va les faire partir vers quelque chose”			“éducation” “masser le ventre, mettre des packs chaud et apprendre à faire des massages à elles mêmes”	
	“la respiration” “tu utiliseras des techniques d'apaisement” “ tu les fais respirer le plus possible” “ essayer à les faire penser à autre chose pendant les soins” “techniques d'apaisement” “Cohérence cardiaque, l'autohypnose” “relaxation, sophro, hypnose, autohypnose”	“le pack chaud et le pack froid en fonction des douleur” “pommades chauffantes” “des massages, aux huiles de soin” “positionnement des tes patient, des gens assis dans leur fauteuil, ça va être des coussins positionnés à différents endroit”		

de RENDINGER Agathe

Les techniques de médiation à la douleur

Abstract

Throughout my different work experiences, which are necessary for my nursing diploma, I have been confronted with some situations of pain management by different methods. This aroused my curiosity. Using the example of two situations I encountered as a student, I asked myself “In an obstetric context, how mediations techniques used by nurses allow the patient to receive pain”.

I started my work on this subject with theoretical research that led me to define three principal notions : pain, pain representations and médiations techniques. I continued my research with a field observation by interviewing two nurses : one working on a chirurgial unit and the other in at the patient’s home. I did this to evaluate the practices of the field and investigate pain management methods. After that, I analyzed the correlation between these interviews and the theoretical guidelines which allowed me to develop my work in researching nursing.

This theoretical research and the testimonies I received have allowed me to be able to have knowledge of the mechanism of mediation techniques and their implementation in the field, in my future professional career.

Résumé

Au cours de mes différents stages réalisés pendant ma formation en soins infirmiers, j’ai pu être confrontée à des situations de prise en charge de douleur par des différentes méthodes. Cela a attisé ma curiosité.

En me questionnant sur deux situations rencontrées en tant qu’étudiante, je me suis alors demandée “Dans un contexte obstétrique, en quoi les techniques de médiation utilisées par les infirmiers permettent-elles à la patiente d’accueillir la douleur ?.”

J’ai commencé mon travail par des recherches théoriques afin de définir les trois notions principales de mon sujet : la douleur, les représentations de la douleur et les techniques de médiations. J’ai poursuivi ma recherche par une enquête de terrain, avec deux entretiens réalisés auprès d’un infirmier exerçant en service de chirurgie et une infirmière exerçant au domicile des patients dans le but de connaître les pratiques du terrain et d’enquêter sur les méthodes de traitement de la douleur. Ensuite, j’ai procédé à l’analyse de ces entretiens et leur confrontation avec le cadre théorique m’a permis de développer mon travail d’initiation à la recherche en soins infirmiers.

Au travers des recherches théoriques réalisées et des témoignages recueillis, ce travail me permet aujourd’hui d’avoir connaissance du mécanisme des techniques de médiations et de leur mise en œuvre sur le terrain, dans le cadre de mon futur exercice professionnel.

Key words : pain, representation, mediation techniques

Mots clés : Douleur, Représentation, technique de médiation

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Pôle de Formation des Professionnels de Santé, CHU Pontchaillou
2 Rue Henri Le Guilloux, 35000 RENNES
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - Promotion 2019-2022

