



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

PERENNES Klervi  
Formation infirmière  
Promo 2019-2022

### L'IMPACT DE LA DOULEUR INDUITE SUR LA RELATION SOIGNANT- SOIGNÉ



Formatrice référente : Severine FESNOUX

Klervi PERENNES  
Formation infirmière  
Promotion 2019-2022



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

### **Diplôme d'Etat Infirmier**

#### **Travaux de fin d'études :**

***Parle-moi de tes représentations, je te dirais quel est ton prendre soin***

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 ».

### **DIPLÔME D'ETAT INFIRMIER**

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

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

**Le 28/04/2022**

**Identité et signature de l'étudiante : Klervi PERENNES**

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. 1er : 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.

## **REMERCIEMENT :**

Avant toute chose, je tenais à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la rédaction de ce mémoire

Alors je vais commencer par remercier celle qui me suit depuis le début de la rédaction, celle qui a su répondre à toutes mes questions, celle qui m'a soutenue dans la réalisation de ce mémoire mais pas seulement. Je parle évidemment de Séverine Fesnoux sans qui je n'aurais peut-être pas eu la force d'arriver jusqu'ici.

Je remercie également ma famille et mes amis, qui ont supporté mes doutes, mes peurs, mes joies, et qui ont crû en moi à l'instant où j'ai évoqué le souhait de devenir infirmière. Sans leur soutien inconditionnel je n'y serais pas arrivée. Je remercie Jeanne, ma grand-mère qui m'a transmis la passion nécessaire à l'exercice de ce métier.

Je n'oublie pas également les patients que j'ai rencontrés durant mes stages, je les remercie pour leur indulgence, leur force et leur humanité. Ils m'ont permis de me remettre en question professionnellement mais également personnellement.

Je remercie les deux infirmières que j'ai interrogées pour ce mémoire, elles m'ont été d'une aide précieuse.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MON CHEMINEMENT VERS MA QUESTION DE DÉPART</b>	<b>2</b>
1 - Situation d'appel N°1	2
2 - Situation d'appel N°2	3
3 - Mon questionnement	4
<b>CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>5</b>
1 - La douleur	5
1.1 La douleur :	5
1.2 Les types de douleurs :	5
1.3 Les quatres composantes de la douleur.	5
1.4 Un enjeux de santé publique	6
2 - La douleur chez les personnes âgées	7
2.1 La personne âgée	7
2.2 La douleur chez la personne âgée :	7
3 - La douleur induite	9
3.1 Définition	9
3.2 Les actes douloureux	10
4 - La relation soignant-soigné	10
4.1 définition	10
4.2 Les émotions soignantes	10
4.3 L'alliance thérapeutique	12
4.4 La relation de confiance	12
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>13</b>
1 - Choix des infirmiers	13
2 - Définition des objectifs des entretiens	13
3 - Réalisation des entretiens	14
4 - Bilans des entretiens	14
<b>ANALYSE DES ENTRETIENS</b>	<b>15</b>
1 - La notion de douleur	15
2 - La prise en soin de la douleur	15
3 - La perception de la douleur chez la personne âgée	16
4 - La douleur induite dans un soin	16
4.1 La réaction du soignant.	16
4.2 La réaction du patient	17
5 - L'impact sur la relation soignant soigné.	17
<b>DISCUSSION</b>	<b>18</b>
1 - Douleur et personnes âgées	18

1 - Douleurs induites et relation soignant soigné	19
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>26</b>
Annexe I : Guide d'entretien	26
Annexe II : Entretien IDE 1	27
Annexe III : Entretien IDE 2	30
Annexe IV : Analyse des entretiens	34
<b>ABSTRACT</b>	<b>42</b>

**SIGLIER :**

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

EVA : Echelle visuelle analogique

EVS : Echelle verbale simple

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

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

PA : Personne âgée

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation.

VAC : Vacuum Assisted Closure

## INTRODUCTION

Dans le cadre de ma dernière année en formation en soins infirmiers, je suis amenée à rédiger une démarche de recherche nommée mémoire d'initiation à la recherche en soin infirmier. Ce travail a pour objectif d'affiner notre réflexion professionnelle mais aussi personnelle et influencera nos prises de décision en tant que futurs professionnels. Cette démarche est l'aboutissement de mes trois années d'étude en soins infirmiers.

Durant ma formation, j'ai eu l'occasion de rencontrer des situations qui m'ont beaucoup questionnées. En me remémorant les situations qui m'ont causée des difficultés dans ma prise en soin, j'ai remarqué que la douleur subie par un patient était un sujet récurrent et impactait ma prise en soin et ma relation avec le patient. J'ai donc naturellement choisi de faire de la douleur le thème majeur de ce mémoire, et plus précisément la douleur induite par un soin chez les personnes âgées. En effet, lors de la formation, nous avons beaucoup appris sur la douleur et sa prise en charge mais au cours de mes stages, je me suis rendue compte que cette prise en charge était différente chez les personnes âgées. Je me suis plus particulièrement intéressée à la relation soignant soigné dans la prise en soin des personnes âgées. C'est pour moi l'occasion d'améliorer ma pratique professionnelle en remettant en question mes réactions, mes prises de décisions, d'accroître mes connaissances sur le sujet de la douleur et sur la population âgée mais aussi de mettre en lien ces connaissances avec mon vécu personnel et celui de professionnels aguerris et confronter les différents avis.

Pour atteindre cet objectif, je vais dans un premier temps vous exposer deux situations qui m'ont posé question, et m'ont amenée à une question de départ qui sera le fil conducteur de ce travail. Ensuite je vais vous présenter les recherches faites tout au long de ma réflexion sur cette question, en définissant chacun des concepts. Puis après avoir réalisé et analysé les entretiens auprès de deux infirmières exerçant dans un centre gériatrique je vais lier mes connaissances et leurs réponses ainsi que mon opinion personnelle et professionnelle.

# MON CHEMINEMENT VERS MA QUESTION DE DÉPART

## 1 - Situation d'appel N°1

Durant le premier semestre de ma formation infirmière, j'ai réalisé un stage dans l'unité de soin de longue durée d'un centre gériatrique. Je me suis occupée d'une femme, qu'on appellera Mme L pour respecter son anonymat. Elle souffrait d'insuffisance veineuse chronique sévère qui avait abouti à un ulcère veineux sur sa jambe dont le pansement était à réaliser tous les deux jours. Malheureusement, l'évolution de la plaie stagnait malgré la réfection régulière des pansements.

Ce jour-là, l'infirmière m'a proposé de réaliser le pansement seule en restant pour m'accompagner si besoin était. Une fois dans la chambre de Mme L je me présente à la patiente en tant qu'élève infirmière et je lui demande si elle accepte que ce soit moi qui lui change son pansement, elle accepte. J'organise alors l'ensemble du matériel nécessaire à cette réfection et je commence à nettoyer la plaie à l'eau et au savon en respectant les règles d'hygiène et d'asepsie. Durant le nettoyage je sens que cela commence à être douloureux pour la patiente, elle gémit discrètement. Je continue mon soin en réalisant une détersion de la plaie qui est nécessaire pour retirer la fibrine présente sur la plaie. Ce soin étant davantage invasif par rapport au nettoyage, la patiente gémit de plus en plus fort et retire sa jambe. Son faciès en dit long sur son état, yeux crispés et fermés. Étant observée par l'infirmière, je continue le soin me disant que c'est ce qu'il faut faire mais je comprends bien que la patiente en avait assez. Je me sentais démunie face à la situation, je regarde l'infirmière à la recherche d'une quelconque aide, elle comprend et pour calmer la patiente, lui explique que ce qu'on fait est pour son bien et que cela va permettre de diminuer l'évolution de la plaie et permettre sa guérison plus tard. A ce moment-là Mme L perd patience et se met à pleurer, jusqu'ici elle n'avait pas dit un mot et ne s'était pas plainte verbalement de la douleur qu'elle ressentait.

Ses mots étaient : « Je ne veux plus vivre avec cette jambe, je préfère qu'on la coupe plutôt qu'on me la charcute tous les jours. » L'infirmière prend donc la décision d'arrêter la détersion pour aujourd'hui même si elle était incomplète, je finis alors le pansement difficilement car je me sentais coupable des plaintes de Mme L, j'en perd alors mes moyens. Je n'ose plus parler ni même regarder la patiente avec qui nous entretenions une relation de confiance, j'avais l'impression de briser cette relation. Je sors de la chambre en m'excusant auprès de la patiente pour le mal que je lui ai causé.



## 2 - Situation d'appel N°2

La situation que je vais vous présenter a eu lieu dans un EHPAD durant le stage de semestre 5. La patiente en question était âgée de 92 ans, elle avait conservé toutes ses capacités cognitives mais pas ses capacités motrices. Elle était atteinte d'un cancer de la peau qui nécessitait une amputation, seulement son état et son âge avancé limitait ses chances de survie durant l'opération. Elle était donc traitée uniquement en soin palliatif du fait de son âge avancé. Cette plaie lui était très douloureuse et recouvrait la totalité de sa jambe gauche, le pansement était à refaire tous les deux jours.

Ce jour-là, l'infirmier que j'accompagnais pour la matinée me propose de faire le pansement avec lui, je décide d'accepter malgré mes craintes. Je pars dans l'objectif de réaliser ce pansement dans les meilleures conditions pour moi, en améliorant mon organisation etc... Mais surtout réaliser ce pansement de manière à ce qu'il soit le moins douloureux possible, afin que la patiente soit le plus confortable possible. Une fois la prémédication administrée, l'infirmier m'informe qu'il faut repasser trente minutes plus tard en attendant que le traitement fasse effet. Ce temps passé, je retourne dans la chambre de Mme X pour commencer. Le soin s'effectue dans un premier temps par le nettoyage et le séchage de la plaie puis la pose de différents types de pansement (compresses, tul gras, pansement charbon, jelonet...). C'est la pose de ces pansements qui prend le plus de temps. A ce moment-là, la patiente se plaint que sa douleur se majore et demande si le pansement est bientôt terminé, malheureusement je lui dis que j'ai besoin d'un peu plus de temps. Cette patiente n'était pas du genre à se plaindre mais en observant son visage je vois qu'elle est de plus en plus crispée, elle fronce les sourcils et gémit discrètement. En voyant sa réaction face à la douleur que lui procure ce soin, je ressens comme une pression temporelle, il faut que j'accélère mon soin pour la soulager au plus vite. Alors, je me dépêche de poser les compresses, le tul gras, le pansement charbon mais en accélérant certains de mes tul gras qui devaient être déposés à des endroits bien précis tombent par terre ce qui me fait perdre encore plus de temps. L'émotion de la voir douloureuse m'a forcée à aller plus vite et à en perdre mes moyens pour finalement perdre davantage de temps et à altérer mon soin. A la fin de mon pansement, je m'excuse auprès de la patiente qui je pense avec du recul décrédibilise la nécessité de mon soin. J'avais l'impression de devoir le faire parce qu'il me l'avait demandé mais pas pour la patiente. Je n'y trouvais pas de sens. J'ai eu l'impression de perdre la relation que j'entretenais avec cette patiente.

### 3 - Mon questionnement

Ces situations m'ont beaucoup questionnées durant ma formation, en effet la première situation m'a posé les interrogations suivantes « la prise en charge de la douleur était-elle suffisante ? », « La prochaine fois, comment pourrais-je améliorer ma prise en soin ? », « La patiente avait-elle mal ou était-elle découragée de ne pas voir sa plaie guérir aussi rapidement qu'elle le souhaitait ? », « Pourquoi me sentir coupable ? »

La seconde situation m'a amenée à poser les problèmes suivants : “Comment aurait-été vécu cet événement douloureux dans un tout autre contexte”, “La relation soignant-soigné est-elle altérée”, “ ce soin qui a un but palliatif ne tiendrait-il pas de l'obstination déraisonnable ?”.

Mon cheminement et mon processus de recherche m'ont permis de formuler deux questions d'appel en partant d'un point de vue différents : « en quoi la prise en soin de l'infirmière auprès de la personne âgée peut être impactée par le constat d'une importante douleur induite par le soin ? » et « en quoi la douleur induite par le soin auprès d'une personne âgée peut impacter la prise en soin de l'infirmière ».

Lors de la formation, j'ai pu étudier la douleur comme un enjeu de santé publique. Au cours de mes stages, je me suis rendue compte que cette douleur était prise en charge différemment chez les personnes âgées. Je me suis plus particulièrement intéressée à la relation soignant soigné dans la prise en soin des personnes âgées. Alors, petit à petit et avec l'aide de Séverine Fesnoux ma question finale choisie sera : “En quoi la relation soignant soigné peut-être impactée lors d'un soin dispensé par l'IDE induisant une douleur chez une personne âgée ?”.

## **CADRE CONCEPTUEL**

Durant ma réflexion autour de ma question de départ j'ai identifié plusieurs concepts qui mériteraient d'être approfondis, afin de répondre au mieux à cette question. Ainsi, dans une première partie, j'étudierai la notion de douleur. Dans une seconde, je parlerai de la douleur chez les personnes âgées, je développerai ensuite sur la notion de douleur induite et enfin dans la dernière partie je parlerai de la notion de relation soignant-soigné.

### **1 - La douleur**

#### 1.1 La douleur

Avant toute chose, il me semble nécessaire de préciser que je parle ici de la douleur physique, en effet il existe également la douleur morale, sociale ou encore spirituelle. Mais nous verrons par la suite que la douleur physique peut avoir un impact important sur ces autres types de douleur et inversement. Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

#### 1.2 Les types de douleurs

Pour différencier les trois grands types de douleur je vais nous renvoyer à un cours du semestre 2 dans le cadre de l'UE 2.3 intitulé "Sémiologie de la douleur". Ce cours différencie trois types de douleur, la douleur aiguë qui par définition a une durée inférieure à trois mois. La douleur chronique qui elle a une durée supérieure à trois mois et est généralement causée par plusieurs facteurs. Et enfin la douleur induite qui elle est provoquée par un soignant, un thérapeutique ou un soin.

#### 1.3 Les quatre composantes de la douleur

Dans le premier paragraphe j'ai défini la douleur physique mais Constance Hammond (s.d), directrice de recherche à l'INSERM affirme que cette douleur serait influencée par 4 composantes qui sont essentielles à prendre en compte pour une bonne évaluation de la douleur. La composante sensorielle se traduit par ce que ressent la personne physiquement. La composante affective, c'est ce que le malade ressent moralement. Ensuite la composante comportementale, c'est la manière dont

la personne va exprimer sa douleur. Et enfin la dernière composante qui est la composante cognitive, celle-ci correspond à ce que la personne pense et le sens qu'elle lui donne.

#### 1.4 Un enjeu de santé publique

La prise en charge de la douleur est un réel enjeu de santé publique, en effet en 2006 un nouveau plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur a été mis en place pour répondre au mieux à cette problématique. Dans ce plan 4 axes sont mis en avant, ce sont les suivants : « améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients », « améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité », « améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie » et « structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles, pour rendre plus efficace le dispositif. »

Par la suite nous allons nous intéresser plus particulièrement au troisième axe qui est donc : « l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ». Il est vrai que ce sont chez ces personnes que la prise en charge de la douleur est la plus compliquée pour différentes raisons.

Maintenant, faisons un point sur le cadre juridique. En effet, la prise en charge de la douleur est régie par un grand nombre de lois. Je vais en citer deux, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 indique que "Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée".

Le code de déontologie infirmier lui indique dans l'article R. 4312-19 "En toutes circonstances, l'infirmier s'efforce, par son action professionnelle, de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement. L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur."

## 2 - La douleur chez les personnes âgées

Pour ce travail de fin d'étude j'ai choisi de viser une population en particulier, les personnes âgées. En effet nous l'avons vu précédemment la prise en charge de la douleur chez ce type de personnes est plus complexe et nous allons essayer de comprendre pourquoi.

### 2.1 La personne âgée

Tout d'abord il me semble essentiel de définir le terme de personnes âgées, le dictionnaire de l'internaute (2021) le définit comme "une personne ayant un âge avancé, qui a les caractéristiques physiques de la vieillesse". Et l'organisation mondiale de la santé considère qu'une personne est dite âgée à partir de 65 ans.

Dans l'UE 2.2 cycle de la vie et grandes fonctions nous avons pu développer le terme de vieillissement dans le cours intitulé "Le vieillissement son impact sur les organes et les grandes fonctions". Le vieillissement physiologique est associé à l'augmentation de la vulnérabilité des personnes face aux maladies et au stress exercé par l'environnement. Cela explique la prévalence de maladies dites chroniques plus importantes chez cette population. Les systèmes atteints par le vieillissement sont nombreux (système cardiovasculaire, l'appareil respiratoire, système nerveux, l'appareil locomoteur, l'appareil digestif, le métabolisme, les organes des sens, l'appareil urinaire, les organes sexuels de la peau et des phanères et le système immunitaire). Le vieillissement peut alors amener à des pathologies moins présentes chez les adultes plus jeunes et généralement chroniques.

Le Docteur Christian Dufrene ainsi que la doctoresse Séverine Debrach (s.d) soulignent un élément qui différencie le sujet âgé du sujet jeune : le parcours médical. En effet, chez une personne âgée ce parcours est souvent complexe et mal vécu. Dans le cas de pathologies chroniques un sentiment d'échec peut être perçu. Ces deux docteurs soulignent également que l'attente démesurée de guérison peut être "génératrice de déception".

### 2.2 La douleur chez la personne âgée

Nous l'avons observé précédemment, la prise en charge de la douleur chez les personnes âgées présente des difficultés d'évaluation pour les soignants. Selon le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006, 50 à 93% des personnes âgées vivant en institution souffrirait de douleurs chroniques. François Bérourd, auteur du livre "douleur et personne âgée", nous informe que la douleur chronique est souvent associée à des troubles musculo-squelettiques tels que l'arthrose

ou encore à un cancer, du fait de l'augmentation de la prévalence de cette maladie. Malheureusement la douleur chronique a un impact sur le moral de la personne âgée et est souvent associée à des symptômes de dépression : anxiété, anorexie, mutisme, isolement social, troubles du sommeil.

François Bérout (2010) dans son ouvrage publié par l'institut de l'UPSA déclare que "Plus l'âge augmente, plus la prévalence de la douleur augmente, pourtant vieillir n'est pas physiologiquement douloureux." Cet ouvrage nous démontre également qu'il y aurait une faible augmentation du seuil de perception de la douleur chez les personnes âgées mais que cette différence liée à l'âge ne serait pas significative.

François Bérout (2010) s'intéresse à l'évaluation de la douleur chez les personnes âgées. Il considère l'évaluation de la douleur comme la première étape de la prise en charge de la douleur. En règle générale la douleur est évaluée grâce à des échelles d'auto-évaluation de la douleur mais certaines personnes âgées sont non communicantes ou présentent des troubles cognitifs ainsi d'après Laurence Piquard (2017), infirmière anesthésiste publiant un article à ce propos dans Actusoins les principales échelles d'évaluation utilisées en service (EVA, EVS...) qui se basent sur les propos des personnes, ne seraient plus efficaces. Il faut donc adapter ses méthodes d'évaluation avec par exemple des échelles d'hétéroévaluation qui sont "basées sur le principe de l'observation par une tierce personne (le soignant) des manifestations comportementales, seuls indicateurs de la douleur." Dans cet article il est tout de même précisé que "quelque soit l'échelle utilisée, elle doit s'adapter aux impératifs de fonctionnement du service et nécessite une formation de l'équipe soignante."

De plus il est important de souligner que les représentations sociales de la vieillesse sont souvent apparentées à la douleur, pour illustrer mon propos je vais citer la Canadian psychological association (2021) qui exprime quelques mythes au sujet de la douleur chez les personnes âgées : « les personnes âgées souffrent moins de la douleur que les adultes plus jeunes »; « La douleur serait la conséquence naturelle du vieillissement ». Ces mythes ont un impact important sur la prise en charge de la douleur chez ces personnes et elle est alors moins bien traitée que chez un adulte plus jeune.

Je vais citer André Crépet (2004) qui dans son livre intitulé "améliorer les relations soignants-soigné" nous explique que "La perception ou l'expérience de la douleur dépend de beaucoup de facteurs. La douleur était plus ou moins intense selon l'état émotif du malade : son isolement, son stress, ses préoccupations familiales. Plus elle a un réseau social et affectif significatif, moins la personne risque

de tomber dans la douleur intense” Malheureusement, les personnes âgées sont plus isolés que le reste de la population et le stress est plus présent

### **3 - La douleur induite**

La difficulté de prise en charge de la douleur est causée par de nombreux facteurs, les personnes âgées sont amenées de par la prévalence de maladies chroniques plus importantes chez cette population à souffrir de douleurs chroniques. Malheureusement à cela s'ajoutent les douleurs induites par des soins, souvent dans un objectif de guérison.

Le CLUD (2002) affirme que les douleurs dont souffre une personne âgée sont “pour la moitié induites par des actes courants et en particulier des soins infirmiers”.

#### **3.1 Définition**

L’institut UPSA de la douleur, a publié un ouvrage intitulé “Les douleurs induites” (2006) La douleur induite par les soins y est définie comme “une douleur de courte durée causée par un professionnel de santé dans des circonstances de survenue prévisibles. Ces douleurs peuvent être prévenues par des mesures adaptées”.

Dans cet ouvrage, il différencie la douleur induite de la douleur provoquée, ou encore la douleur iatrogène. Pour que nous comprenions bien la différence je vais citer les définitions qu’ils ont proposé pour ces termes :

Provoquée : se dit d’une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d’apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.

Iatrogène : se dit d’une douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n’ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.

#### **3.2 Les actes douloureux**

Stéphane Donnadieu (2006), coordinateur scientifique de cet ouvrage relate une liste d'actes pouvant être douloureux chez la personne âgée, les soins de plaies apparaissent en première

position d'autant plus que chez la personne âgée, les plaies sont souvent chroniques. Les soins de bouche sont en deuxième position, suivis par les soins d'hygiène et les soins de kinésithérapie... On comprend dans ce livre que les douleurs induites sont nombreuses chez les personnes âgées, cela est dû à leur vulnérabilité de développer une maladie chronique. La majorité de ces soins nécessitent d'être répétés, et cette répétition accentue l'inconfort de l'acte.

#### **4 - La relation soignant-soigné**

Le livret blanc douleur 2017 affirme que la douleur que peut provoquer un soin a un impact sur le soigné (anxiété, dépression, refus de soin) et sur le soignant (sensation d'échec, démotivation, épuisement), affectant leur relation de confiance considérée dans ce livret comme le "socle d'une prise en charge de qualité."

##### **4.1 définition**

Avant toute chose, il convient de définir le terme de relation soignant-soigné. Comme défini dans le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière (2012) c'est "un échange interpersonnel entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale." En complément de cette définition il me semble important de citer Nadia Péoch : "Le contexte de la relation de soin ne se limite pas à l'échange d'informations verbales ou non verbales. Il est un cadre dans lequel s'expriment des affects, des émotions, des représentations sociales avec un ancrage social et psychologique." Citations tirée d'un article publié dans Recherche en soins infirmiers.

##### **4.2 Les émotions soignantes**

D'après Mme Elost, une psychologue en soins palliatifs, le sentiment est "une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, accompagnée de manifestation physique."

Alexandre Manoukian et Anne Masseur (2014), détaillent dans leur livre : " La relation soignant-soigné", les cinq types de sentiment fréquemment éprouvé par le soignant et influençant parfois son comportement, la relation de soin, etc.



Le premier sentiment contenu dans cet ouvrage est celui de l'impuissance "sentiment que provoquent certaines pathologies incurables, non évolutives ou mortelles" il est souvent accompagné d'autres sentiments tels que la tristesse ou la colère.

En opposition à ce sentiment, le sentiment de supériorité induit par la fonction même du soignant, ses connaissances dans le domaine médical et paramédical, la blouse blanche, l'autorité professionnelle. Il peut avoir deux conséquences qui s'opposent l'une de l'autre, soit la confiance en soi dans les soins prodiguée et donc la confiance du patient, soit à l'inverse avoir la sensation pour le patient d'être inférieur au soignant.

Ensuite, le sentiment de responsabilité, les deux auteurs nous expliquent que ce sentiment peut arriver lorsque le soignant prend trop à coeur la situation d'un patient, selon eux, ce sentiment bien que parfois délétère à la prise en soin mais également pour le soignant est nécessaire dans la relation soignant-soigné. Il peut amener le soignant à éprouver des émotions telles que l'inquiétude, la peur, l'attachement, la tristesse

Le sentiment décrit précédemment peut être accompagné par le sentiment de découragement causé par le stress, les événements dramatiques, les conditions de travail... Cela peut exposer le soignant à un risque d'épuisement, de dépression, de désintérêt professionnel.

Et enfin, le dernier sentiment proposé par cet ouvrage est le sentiment de satisfaction qui peut apparaître lors d'une évolution favorable d'un patient, la gratification provenant des patients, familles, et équipe mais également lors d'une relation soignant-soigné de qualité.

Nous comprenons par cet ouvrage que les sentiments ont une place essentielle dans la relation de soin. Que ce soit de façon positive ou négative, ils vont influencer la façon d'agir des soignants et par conséquent la qualité de la relation.

#### 4.3 L'alliance thérapeutique

Danielson Berg (2012) décrit le termes d'alliance thérapeutique comme "une relation asymétrique entre un patient souffrant de besoin d'aide et l'essai de l'infirmière de soulager sa souffrance"

Ricoeur (2001) considère que la souffrance de la personne soignée amène à une relation singulière entre le soignant et le soigné et apporte la création d'un pacte de soin basé sur la confiance entre les deux sujets, tous deux luttant contre la maladie, la douleur. Par cette relation singulière, inconsciemment les deux sujets vont établir une alliance thérapeutique.

Le Dictionnaire des concepts en soin infirmier (2012) affirme que l'alliance thérapeutique permet de construire progressivement, la confiance nécessaire et réciproque dans la relation d'aide.

De plus Jacques Chalifour (2006) ajoute que "ce lien permet de bâtir, au cours des rencontres, des échanges constructifs afin que le client (personne soignée) s'investisse dans son traitement et termine par accepter de ne plus se réfugier derrière ses mécanismes de défense, mais explorer les potentiels, avec l'aide du soignant".

#### 4.4 La relation de confiance

Tout d'abord définissons le terme de relation, le Petit Larousse (2009), définit ce terme comme « un lien existant entre des choses, des personnes ».

Le terme de confiance, lui, est défini par Le CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales) (s.d) comme "la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle [...] d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence ». On peut alors définir le terme de relation de confiance comme un lien qui existe entre deux personnes, ici, le soignant et le soigné fondé sur la croyance que l'autre personne est incapable de tromperie, trahison ou d'incompétence.

Dominique Phanuel et Françoise Hamon-Mekki (2013) s'accordent à dire que la relation de confiance serait indispensable dans les soins et améliorerait sans nul doute le relationnel entre les deux parties mais également le soin réalisé.

# MÉTHODOLOGIE

## 1 - Choix des infirmiers

Dans le cadre de mon mémoire, il m'a semblé pertinent d'interroger deux infirmiers, pour pouvoir mettre en lien les connaissances apportées par le cadre théorique et les expériences et avis des infirmiers sur le terrain. Dans un premier temps, il était intéressant d'interroger deux infirmiers qui travaillent auprès de personnes âgées. Au départ je pensais à une infirmière disposant d'un diplôme universitaire et d'une infirmière n'en disposant pas afin de comparer deux points de vue différents.

Ayant gardé contact avec une infirmière d'un centre gériatrique, j'ai décidé de la contacter pour savoir si elle remplissait les critères pour l'entretien mais aussi pour savoir si elle pouvait me renseigner sur d'éventuels contacts d'infirmiers. En discutant avec elle, je me suis rendu compte qu'elle pourrait m'apporter énormément de connaissances pour compléter mes recherches, elle n'avait pas de DU douleur mais elle était référente douleur depuis plus de vingt ans et elle avait également eu une formation sur la communication thérapeutique. Finalement ça m'a paru plus pertinent de l'interroger sur son expérience auprès des patients âgés et sur ses connaissances sur les douleurs induites plutôt qu'un infirmier ayant un DU douleur.

Elle m'a ensuite donnée le contact d'une autre infirmière qui était intéressée pour répondre à mes questions, l'autre infirmière est diplômée depuis 3 ans et n'avait pas encore réalisé de formation particulière. Leurs deux points de vue étaient selon moi intéressants à comparer que ce soit en termes de connaissances ou d'expériences.

## 2 - Définition des objectifs des entretiens

Avant de rédiger les questions de mon entretien, j'ai décidé de définir mes objectifs. Le premier objectif était de connaître les parcours professionnels, leur expérience, leur lieu d'exercice actuel, et si elles avaient réalisé des formations ou diplômes. Cela me permettait de mieux les connaître mais aussi de pouvoir rebondir sur une des réponses, notamment sur les formations qui pourraient être en lien avec la douleur, les personnes âgées etc.

Le second objectif était de connaître leur vision de la douleur, comment elle définissait ce terme.

Ensuite je souhaitais en savoir plus sur leur prise en soin de la douleur, sur leur pratique professionnelle et savoir si les conditions de travail étaient favorables à cette prise en soin.

La quatrième question avait pour objectif de savoir si elle différencie une personne âgée d'une autre personne au niveau de la prise en soin de la douleur.

La cinquième question portait sur leur expérience avec un soin induisant une douleur chez une personne âgée. Enfin le dernier objectif était de savoir si, selon elle, il y avait un impact d'un soin induisant une douleur sur le soin en général.

### **3 - Réalisation des entretiens**

Pour la réalisation des entretiens nous avons choisi de les faire en visioconférence, ce n'était pas mon choix de base mais c'était plus simple pour les deux infirmières de le faire de cette façon. Pour faciliter la retranscription des entretiens, j'ai enregistré les entretiens avec leurs accords.

### **4 - Bilans des entretiens**

Les deux entretiens avec les infirmières se sont très bien passés, elles ont su répondre aux questions de façon pertinente et leurs réponses étaient dans l'ensemble assez similaires. Mais je pense que la visioconférence peut modifier la qualité de l'entretien, c'est selon moi toujours plus naturel en face à face et plus sympathique. De plus, le choix des deux profils infirmiers était pertinent mais je pense avec du recul qu'il aurait été davantage intéressant de confronter leurs idées avec une troisième infirmière d'un profil totalement différent ou encore d'interroger un patient qui a subi une douleur induite durant un soin. Cela aurait été une plus value pour la rédaction de la discussion.

## **ANALYSE DES ENTRETIENS**

Pour respecter la confidentialité et l'anonymat de nos échanges j'ai nommé les deux infirmières interrogées IDE 1 et IDE 2. Ces deux infirmières exercent dans un service de SSR dans un centre gériatrique, L'IDE 1 est diplômée depuis 1994 soit depuis 28 ans, de plus elle a réalisé

plusieurs formations, est référente douleur et à un diplôme universitaire plaies brûlures et cicatrisation. Ce qui fait qu'elle a de l'expérience dans différents domaines, tandis que l'IDE 2 a moins d'expérience étant donné qu'elle est diplômée depuis 3 ans. Mais les deux infirmières ont déjà eu l'occasion d'intégrer différents services, majoritairement dans des services de gériatrie.

## **1 - La notion de douleur**

Pour commencer l'entretien je les ai interrogées sur la vision qu'elles ont de la douleur et comment elles définissent ce terme. Dans leurs réponses les deux infirmières s'accordent à dire que la douleur est une notion subjective et qu'elle ne doit en aucun cas être jugée mais l'IDE 1 caractérise également la douleur comme objective.

## **2 - La prise en soin de la douleur**

Ensuite je voulais en savoir plus sur leur prise en soin de la douleur, sur leur pratique professionnelle et savoir si les conditions de travail étaient favorables à cette prise en soin. Pour cette question sur la prise en charge de la douleur, trois notions ressortent des réponses des IDE, la première est l'évaluation de la douleur. Pour l'IDE 1 il est important d'adapter l'échelle de douleur au patient et pour l'IDE 2 l'évaluation va permettre d'adapter le traitement médicamenteux. La deuxième notion est le traitement médicamenteux de la douleur, l'IDE 1 utilise en plus des traitements médicamenteux la communication thérapeutique et l'IDE 2 précise à trois reprises que les traitements sont à mettre en place avant le soin. La troisième notion est que la prise en charge de la douleur est pluridisciplinaire et notamment avec le kiné qui peut mettre en place des tens\* ou encore réaliser un massage. Et enfin l'IDE 2 insiste sur le fait que la prise en charge de la douleur est primordiale dans le soin. Pour ce qui est de savoir si les conditions de travail sont favorables à une bonne prise en charge de la douleur, les avis sont partagés. L'IDE 1 est d'avis que oui elles sont favorables mais elle précise quand même qu'il faut avoir les connaissances nécessaires. L'IDE 2, elle, pense qu'il y a une différence significative entre la théorie et la pratique et qu'il faut savoir s'adapter en fonction.

\*Le TENS : acronyme qui signifie transcutaneous electrical nerve stimulation (en anglais) et stimulation électrique transcutanée (en français) qui a pour objectif de la stimulation électrique transcutanée est d'apaiser, en les engourdissant, les douleurs rhumatismales, tendineuses, articulaires, musculaires et les autres types d'affections.

### **3 - La perception de la douleur chez la personne âgée**

Ayant fait des recherches sur un possible lien entre l'âge et le vécu douloureux d'un soin, je voulais savoir si selon elle il y en avait un. Pour les deux infirmières, le ressenti de la douleur ne dépend pas de l'âge. L'IDE 1 affirme que c'est le seuil de tolérance à la douleur qui va influencer sa perception, je cite : " je pense que ce qui joue surtout c'est le seuil de tolérance à la douleur". L'IDE 2, elle, émet l'hypothèse que c'est le vécu qui va influencer le vécu douloureux.

### **4 - La douleur induite dans un soin**

Dans cette question, l'objectif était que les infirmières me partagent leur expérience d'une situation de soin provoquant de la douleur chez une personne âgée, j'ai décidé de classer leurs réponses en différents items.

#### **4.1 La réaction du soignant.**

Le premier item est la réaction du soignant face à ce soin induisant de la douleur pour le patient, cet item comprend les sentiments des deux IDE, l'IDE 1 exprime un sentiment de malaise et l'IDE 2 un sentiment d'impuissance et de culpabilité. La culpabilité ressentie rejoint l'impression de faire face à un dilemme entre favoriser la guérison et favoriser le confort du patient. De plus, l'IDE 2 insiste à de nombreuses reprises sur la complexité du soin qui s'intensifie lorsqu'il est douloureux pour le patient. Les deux infirmières se rejoignent sur un point, "faire mal" lors d'un soin ne fait pas partie du rôle du soignant. L'IDE 1 nous explique que lorsqu'un soin induit une douleur, elle va tenter de rassurer au mieux le patient.

#### **4.2 La réaction du patient**

Le deuxième items est la réaction du patient lors d'un soin induisant de la douleur. Pour l'IDE 1 l'appréhension du patient face au soin a amené à aggraver la douleur du soin car il a retiré d'un coup sec son moignon. Pour l'IDE 2 certains patient n'accepterait pas d'avoir mal pendant le soin, ce qu'elle comprend.

## 5 - L'impact sur la relation soignant soigné.

Pour cette dernière question, les deux IDE affirment qu'une douleur induite lors d'un soin va impacter son efficacité, tous deux vont se sentir obligés d'écourter le soin car il est trop douloureux. L'IDE 1 pense que la douleur induite va impacter la relation de confiance mais l'IDE 2 ne pense pas forcément que ce soit le cas. L'IDE 2 pense qu'il faut discuter avec le patient afin de prendre les décisions ensemble et trouver une solution à cette douleur induite, elle souligne quand même l'importance de garder une bonne relation soignant-soigné.

## DISCUSSION

Tout au long de ce travail de recherche nous avons tenté de répondre à la question suivante : En quoi **la relation soignant soigné peut-être impactée lors d'un soin dispensé par l'IDE induisant une douleur chez une PA.** Pour ce faire, j'ai d'abord défini les différents concepts ressortis dans cette question. Puis la rencontre avec les 2 infirmières m'ont permis de croiser ces deux sources de connaissances afin d'éclairer davantage la réflexion sur cette question de départ.

### 1 - Douleur et personnes âgées

Dans mes recherches sur la définition de douleur mais également dans les réponses données par les infirmières un point commun est ressorti, la douleur est subjective, propre à chacun ainsi le jugement de valeur de cette dernière ne peut être permis. Mais l'IDE 1, ajoute une caractéristique à la définition de douleur, l'objectivité. Une notion que je n'avais pas retrouvé dans mes recherches sur la douleur, j'ai donc approfondi mes recherches pour comprendre ce qu'elles entendaient par "La douleur est aussi bien "subjective qu'objective" une phrase qui m'a parue assez contradictoire de prime abord mais j'y ai finalement trouvé un sens dans un texte publié par la faculté de médecine de strasbourg intitulé "l'évaluation de la douleur" qui explique que l'évaluation de la douleur permettrait de rendre objectif une sensation subjective. En effet, les outils utilisés pour comprendre la douleur du patient nous permettent de quantifier cette douleur, ainsi nous pouvons avoir un avis objectif sur la douleur du patient.

De plus, les infirmières s'accordent toutes les deux à dire que la douleur serait influencée par différents facteurs, tels que le vécu, les expériences passées mais ne saurait en rien influencée par

l'âge du patient. Dans mes ressources documentaires il y a quelques différences à ce sujet. La douleur est bien influencée par différents facteurs, appelés composantes par Constance Hammond. Cette directrice de recherche de l'INSERM décrit quatre composantes : sensorielle, cognitive, comportementale et affective et elles influenceraient le vécu plus ou moins douloureux d'un soin. Les personnes âgées ont parfois un environnement, des événements de vie, des troubles cognitifs, comportementaux, un entourage qui peuvent potentiellement impacter le vécu douloureux de cette population. De plus, selon moi l'âge serait plus comme un modulateur de douleur car cela a été démontré de nombreuses fois, l'âge amène à une vulnérabilité de développer des maladies chroniques et/ou des douleurs chroniques. La chronicité de la douleur, favorise selon moi la souffrance de celle-ci. De plus, la difficulté d'évaluation de la douleur pouvant être causée par les troubles cognitifs, l'aphasie, les représentations sociales sur la personne âgée et la douleur, l'expression de la douleur parfois moins franche ou différente des personnes âgées augmente la prévalence de la douleur chez cette population. Et comme le dit François Bérourd, l'évaluation de la douleur est la première étape pour une bonne prise en charge de la douleur.

Un dernier point que je n'ai malheureusement pas abordé avec les deux soignantes c'est les représentations sociales des personnes âgées. Il aurait été intéressant d'en parler avec elle et de connaître leurs avis sur le sujet. En effet, il y a beaucoup de représentations sociales mais mes recherches m'ont permis de comprendre la place importante de ces représentations dans le soin, mais aussi dans l'expression de la douleur. Les personnes âgées ont tendance à banaliser leurs douleurs du fait de leur âge, j'ai eu l'occasion d'entendre de la part de certains patients, ces phrases qui m'ont interpellées : « c'est douloureux de vieillir » ou encore « j'avais très mal mais je voulais pas vous déranger, je vous appelle toujours pour la même chose ». Ces représentations vont alors pousser le patient à vivre avec sa douleur.

## **1 - Douleurs induites et relation soignant soigné**

Durant l'entretien, les deux infirmières me relatent leur expérience sur un soin induisant une douleur pour le patient, elles ont toutes deux choisis de me raconter la réfection d'un pansement, un acte souvent douloureux qui arrive en première position dans la liste des actes les plus douloureux décrite par Stéphanie Donnadiou. Elles exposent toutes deux un sentiment négatif à l'égard de cette expérience : culpabilité, malaise et tristesse. Ce sont ces deux sentiments que j'ai pu retrouver durant mes situations d'appels. Ces sentiments rejoignent également dans mon cadre conceptuel notamment lorsque l'IDE 1 parle du sentiment de la tristesse qui accompagne selon Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf le sentiment d'impuissance, et celui de responsabilité. Elles parlent



également du rôle de soignant dans la douleur, je cite l'IDE 2 qui dit "ce n'est pas notre but" et pourtant plus tôt elle dit "on n'est jamais arrivé à ce que le soin ne soit pas douloureux du tout". Ce que je comprends là c'est que les deux infirmières considèrent que induire de la douleur dans un soin n'est pas leur rôle et que comme décrit dans le code déontologie infirmier, l'infirmier a le devoir de soulager la douleur du patient mais d'un autre côté cette douleur induite leur paraît inévitable à la guérison. Ce dilemme peut alors amener à un sentiment d'impuissance ici dû à l'incapacité de soulager la douleur ou alors l'incapacité de soigner une plaie efficacement. C'est également des sentiments que j'ai ressentis durant mes situations d'appels, comme le dit Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf certains sentiments bien que délétères sont pour moi essentiels pour la relation, cela montre l'authenticité du soignant. L'IDE 2 nous explique qu'il est important que le patient exprime ce qu'il ressent et c'est aussi notre cas en tant que soignant. Le patient se livre au soignant en exprimant son mal être, cela nous prouve qu'il a confiance en nous, si le soignant lui explique également la difficulté qu'il a à réaliser un soin douloureux, il fera comprendre à son tour qu'il donne sa confiance au patient.

Les deux infirmières me décrivent également les réactions des patients qui souffrent de la douleur induite dans le soin. Les réactions sont différentes, certains appréhendent le soin, d'autres refusent le soin, mais elles m'expliquent qu'ils arrivent généralement à comprendre l'intérêt du soin. C'est vrai que lors de mes expériences professionnelles aucun de mes patients n'a été désagréable envers moi mais plutôt des réactions plutôt positives envers les infirmières, l'IDE 1 est d'avis que la relation soignant-soigné est impactée lors d'un soin induisant de la douleur chez une personne âgée. Elle insiste sur le risque de perdre la confiance installée dans cette relation. Le concept de confiance a été développé dans mes recherches théoriques considéré comme indispensable dans la relation de soin par Dominique Phanuel et Françoise Hamon-Mekki. Il permet également l'alliance thérapeutique, sur ce point l'IDE 2 rejoint l'IDE 1, car selon elle un soin où les décisions sont prises en collaboration avec le patient n'influence pas la relation soignant-soigné. De ce fait les deux sujets vont lutter ensemble contre cette douleur et créer un pacte de soin basé sur la confiance. Ricoeur définit cette relation comme une alliance thérapeutique.

Tout au long de ce travail de recherche de nouveaux questionnements ont émergé. En effet, la recherche documentaire ainsi que les avis des infirmières sur de nombreuses notions, que je pensais connaître, m'ont fait me rendre compte de l'importance de celles-ci. Par exemple, la notion de relation soignant-soigné est finalement une notion complexe et individuelle à chaque patient. Elle ne dépend pas seulement des compétences de l'infirmier ni de son bon vouloir. Elle dépend de

nombreux facteurs tels que les deux sujets de la relation mais également de la famille, du contexte de soin, parfois on ne retrouve pas de raisons à une mauvaise relation, je pense qu'il y a un nombre incalculable de facteurs influençant la relation soignant-soigné. Durant mes recherches sur la relation soignant-soigné j'ai évoqué la notion d'alliance thérapeutique et je n'en mesurais pas l'importance dans cette relation. Cela m'amène à me demander "En quoi l'alliance thérapeutique peut impacter positivement la prise en soin ?".

## CONCLUSION

Ce travail de recherche m'a apporté beaucoup tant en termes de réflexion, de connaissances, de découverte de la méthodologie de la recherche en soins infirmiers. La douleur était un thème que je souhaitais aborder pour ce travail de recherche, j'en ai appris beaucoup sur ce sujet et notamment sur la douleur chez les personnes âgées, ça m'a fait me rendre compte de toute la complexité autour de cette population, comme dit en introduction la prise en charge de la douleur est différente chez ces personnes, et cela pour de multiples facteurs que j'ignorais notamment les représentations sociales et l'enjeu qu'elles ont sur la prise en soin, cela nous amène à se demander en permanence quelles sont mes représentations sociales sur la personne que je soigne et impactent-elles ma prise en charge. Je pense que la relation soignant-soigné dans la prise en charge d'une douleur induite chez une personne âgée, est un thème très large et nécessiterait davantage de réflexion sur l'ensemble des sujets. Par exemple dans mes recherches, dans les entretiens mais également dans la réflexion de départ, j'y ai retrouvé une notion que j'aurais souhaité développer davantage, le rôle soignant, la sensation que faire "mal" n'est pas notre rôle et pourtant dans notre pratique professionnelle nous sommes amenés à de nombreuses reprises à faire face à cette situation.

Nous avons tenté à travers ce MIRS de répondre à la question "En quoi la relation soignant soigné peut-être impactée lors d'un soin dispensé par l'IDE induisant une douleur chez une personne âgée?". Je ne vais pas vous apporter une réponse claire, qui serait applicable à toutes les situations, à tous les soignants mais ce que nous comprenons dans ces écrits, c'est qu'en effet, la personne âgée est encore trop peu considérée et devrait être soignée dans sa globalité, il ne suffit pas de soulager la douleur mais de prendre en compte tous les aspects qui pourraient influencer cette douleur. De plus, la relation soignant-soigné doit être individualisée à chaque patient et à chaque soignant, nous comprenons que chaque relation est singulière que ce soit professionnellement et personnellement.

Alors oui, selon moi la relation soignant-soigné est impactée lors d'un soin induisant une douleur chez une personne âgée mais de quelle façon ? cela serait une réponse bien plus complexe.

Tout ce travail m'a fait prendre conscience que notre pratique professionnelle est à remettre en question perpétuellement et nécessite une réflexion accrue que ce soit un mois, deux ans ou vingt ans après le diplôme. Selon moi, pour garder un soin de qualité il est nécessaire d'avoir une remise en question permanente, sans ça notre pratique professionnelle risque d'être altérée.

Je dois l'avouer j'appréhendais beaucoup cette initiation à la recherche mais j'y ai finalement découvert l'importance de la réflexion professionnelle, j'ai confronté mes connaissances acquises tout au long de mes cours et de mes stages avec celles retrouvées dans mes recherches.

Mais ça a aussi été source de difficultés, étant moins à l'aise à l'écrit, cela m'a fait sortir de ma zone de confort, m'a demandée beaucoup de travail, d'organisation et de rigueur. Il m'a aussi été source de frustration, il fallait faire un choix entre toutes les notions à développer et certaines que je trouvais pourtant intéressantes ont dû être écartées, mais cela aura donc été pour moi l'occasion d'affiner ma réflexion et de découvrir des aspects du soin qui me paraissaient flous auparavant.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

Benhamou-Jantelet, G. (2012). *Douleur*. Monique Formarier éd., Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition(pp. 158-160). Association de Recherche en Soins Infirmiers.  
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0158>

Beroud, F. (2010). *La douleur et la personne âgée*. (Vol 11). UPSA

Crépet, A. (2004). *Améliorer les relations soignant-soigné*. Thélès éd.

Ricoeur, P. Les trois niveaux du jugement médical, dans Paul Ricoeur, *Le Juste 2*, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.

Phanuel, D., & Hamon-Mekki, F. (2013). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *Actu soins*, p.58-30.

Deshays, C.(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>

Manoukian, A. et Massebeuf, A. (2014). La relation soignant-soigné. (p 43). Paris : Lamarre

Alliance thérapeutique (2012). Dans *Dictionnaires des concepts en sciences infirmières*. (p 344). Setes editions.

Relation soignant-soigné (2012). Dans *Dictionnaires des concepts en sciences infirmières*. Setes editions.

### Articles :

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.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.088.0084>

Piquard, L. (2017, avril). La prise en charge de la douleur chez la personne âgée non communicante. *Actusoins*, Vol 24.  
<https://www.actusoins.com/297070/la-prise-en-charge-de-la-douleur-chez-la-personne-agee-non-communicante.html>

### **Textes législatifs :**

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

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

### **Pages web :**

Barcellini, F., Grosse, C., & Karsenty, L. (2013). Quelle démarche pour favoriser la construction de relation de confiance dans un projet de conception?

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00860665/document>

Bertrand, X. (2006). *Enjeu de santé publique et critère de qualité et d'évolution d'un système de santé, la lutte contre la douleur*. Ministère de la Santé.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)

Dufrene, C. Debrach, S. La douleur de la personne âgée.

<https://www.ch-chateauroux-leblanc.fr/filesopen/Medecine/Douleur/CLUD/LA-DOULEUR-DE-LA-PERSONNE-AGEE.pdf>

*Confiance*. (s.d.). Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

<https://www.cnrtl.fr/definition/confiance> <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>

Goynaud, M. (2016). *Prise en charge préventive de la douleur induite par les actes diagnostiques et thérapeutiques: étude observationnelle des pr. DUMAS*.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415046/document>

Hadjistavropoulos, T., & Green, S. (2021, Janvier 12). Série « La psychologie peut vous aider » : *La douleur chronique chez les personnes âgées*. Société canadienne de psychologie.

<https://cpa.ca/fr/psychology-works-fact-sheet-chronic-pain-among-seniors/>

Humeau, A., Croguennec, Y., & Jaffrelot, M. (2013). Chapitre 116 - La douleur chez la personne âgée. SFMU.

[https://www.sfm.u.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/116\\_Humeau.pdf](https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/116_Humeau.pdf)

Pradines, B. (2020). *Quelles sont les particularités de la douleur chez les personnes âgées ?* <http://geriatrie-albi.com/Douleurparticularites.htm>

Perrot, S. (2017). *LIVRE BLANC*. SFETD.

[https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre\\_blanc-2017-10-24.pdf](https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf)

Sureau, P. (2018). *De la confiance dans la relation de soin*. ETHNA.

[https://ethna.net/medias/fichiers\\_ressources\\_documentaires/67-de-la-confiance-dans-la-relation-de-soin-p.-sureau-/fichiers/soins\\_avr.2018-confiance-des-relations\\_p.sureau.pdf](https://ethna.net/medias/fichiers_ressources_documentaires/67-de-la-confiance-dans-la-relation-de-soin-p.-sureau-/fichiers/soins_avr.2018-confiance-des-relations_p.sureau.pdf)

Donnadieu, S. (2006). *Les douleurs induites* .

[https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/douleurs\\_induites-2.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/douleurs_induites-2.pdf)

(2021) *Personne âgée*. L'Internaute.

<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/personne-agee/>

**Diapositive non disponible au public :**

Institut de formation en soin infirmier (2020, février) Sémiologie de la douleur [diapositive]

## ANNEXES

### Annexe I : Guide d'entretien

**Protocole de présentation** : je m'appelle Klervi, je suis étudiante en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaite vous interroger sur le thème de la douleur. Je vous garantis que l'ensemble des entretiens sera anonymisé. Afin de retranscrire plus facilement et fidèlement vos propos, acceptez-vous que je vous enregistre ?

**Question 1** : Pouvez-vous vous présenter SVP? (parcours professionnel, durée d'expérience, service de soins actuel)

**Objectif** → mieux connaître l'infirmière, en savoir plus sur son expérience, son parcours, ses diplômes universitaires, dans quel service elle travaille...

**Question 2** : Pouvez-vous me dire quelles sont vos représentations de la douleur ?

**Objectif** → Connaître leur vision de la douleur

**Question 3** : Selon vous, en quoi consiste la prise en soin de la douleur ?

**Objectif** → En savoir plus sur leur prise en soin de la douleur, sur leur pratique professionnelle et savoir si les conditions de travail étaient favorables à cette prise en soin.

**Question 4** : D'après vous, la douleur est-elle différente chez la personne âgée ? Si, oui pourquoi ?

**Objectif** → Connaître leur avis sur un possible lien entre l'âge et le vécu douloureux d'un soin.

**Question 5** : Avez-vous déjà prodigué des soins induisant une douleur à une personne âgée ? Si oui pouvez-vous décrire la situation (conduite tenue, réaction).

**Objectif** → Partage d'expérience, Connaître leurs réactions face à un soin prodigué douloureux

**Question 6** : Quel est (ou serait) votre ressenti face à une douleur induite par un soin ? ou Quels ont été (seraient) vos sentiments face à une expression de la douleur induite par un soin ?

**Objectif** → Connaître les sentiments ressentis lors d'un soin induisant de la douleur

**Question 7** : selon vous, quels peuvent être (ont été) les impacts sur la relation soignant-soigné dans cette situation ? (reformuler si besoin avec comment envisagez vous la suite des soins, ou de la prise en soin? y-a-t-il eu une modification dans la relation ou dans l'approche avec la personne soignée, en termes d'appréhension, de gêne...ou avez-vous ressenti une modification du comportement de la personne vis-à-vis de vous, si oui en quoi?)

**Objectif** → Connaître leur avis sur le possible impact d'un soin induisant une douleur sur le soin en général

**Question 8** : avez-vous quelque chose à rajouter (sur le sujet de la personne âgée, ou de la douleur induite) ?

**Objectif** → Savoir si elles ont d'autres thèmes à aborder que je n'aurais pas exploité durant l'entretien

## **Annexe II : Entretien IDE 1**

### Entretien IDE 1

**Moi** : je m'appelle Klervi, je suis étudiante en 3ème année à l'IFSI du CHU de Rennes. Dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaite vous interroger sur le thème de la douleur. Je vous garantis que l'ensemble des entretiens sera anonymisé. Afin de retranscrire plus facilement et fidèlement vos propos, acceptez-vous que je vous enregistre ?

**IDE 1** : Oui bien sûr, aucun problème pour ça

**Moi** : Ok super ! Alors, est-ce que tu peux te présenter, me parler un peu de ton parcours professionnel, de ta durée d'expérience et dans quel service tu travailles actuellement.

**IDE 1** : Alors actuellement je suis dans le service de SSR rééducation dans un centre gériatrique, anciennement Centre de gériatrie de nom de la ville.

Je suis diplômée depuis 1994, j'ai commencé en juillet 1994 juste après mon diplôme, j'ai travaillé l'été en gériatrie, à la fin de l'été j'ai postulé au centre de lutte contre le cancer et j'ai fait des remplacement la bas et le centre gériatrique m'a recontacté, j'ai fait des remplacement dans ce centre et au centre de lutte contre le cancer pendant 4 ans

Ensuite le centre gériatrique m'a proposé des offres d'emploi, j'ai postulé pour un mi-temps donc après mi-temps et j'ai fait 7 ans de pool donc dans tous les services. Après 7 ans j'ai eu un post 8 mois médecine neuro pneumo et au bout de 8 mois il y a eu un temps plein qui s'est créé en rééducation donc en 2001 et donc j'ai commencé à travailler en reeduc en 2001 jusqu'à maintenant et donc voilà et euh... J'ai fait un DU en 2014 donc un DU plaies brûlures et cicatrisation à nantes suite à ça je voulais faire une formation hypnose mais comme c'était pas pris en charge j'ai fait une formation communication thérapeutique, ça me permettait de rentrer en contact de façon plus douce avec les patients. Et je suis aussi formateur d'autres établissements hospitalier avec une collègue ergothérapeute et un collègue Kiné et la on présente la prise en charge d'une personne amputé dans une équipe pluridisciplinaire et je suis référence douleur depuis que je suis infirmière mais je n'ai pas le DU douleur.

**Moi** : Comment tu pourrais définir la notion de douleur et quelle est ta vision pour le prendre soin de la douleur ?



**IDE 1** : Alors c'est vrai que pour moi la douleur c'est aussi bien subjectif qu'objectif donc il faut pas que le soignant juge la douleur du patient on doit écouter le patient avant tout et on ne doit pas émettre d'opinion par rapport à sa douleur, on doit l'écouter et voilà quoi donc euh et les moyens c'est vrai qu'à l'hôpital on a des échelles d'évaluation de la douleur EVS, EVA, algoplus, doloplus différents moyens

**Moi** : Selon toi en quoi consiste la prise en soin de la douleur et quelles sont les moyens et sont-ils applicables dans les services

**IDE 1** : Nous c'est vrai que nous on applique surtout l'EVS, plus facile à utiliser en gériatrie et sinon il y a l'EVA. Après la doloplus c'est pour les personnes qui ont des problèmes de communication, quand ils peuvent pas verbalisé ou pas mobiliser l'échelle de la douleur. Autrement il y a tout ce qui est antalgique avec les médicaments, les prises en charge kiné qui mettent des tens au patient pour calmer la douleur. donc voilà...

Ah oui et la communication thérapeutique ça peut être une vraie aide dans la prise en charge de la douleur par exemple on développe des stratégies. C'est vrai que pour une prise de sang, on leur dit qu'il y a une prise de sang a faire bien sûr mais par exemple si la personne a peur d'avoir mal on dévie son attention, admettons vers l'extérieur, on parle du temps, si on voit une photo on peut parler de ces petits enfants des choses comme ca quoi. Et pendant ce temps là on peut prélever la personne sans douleur tu vois ce que je veux dire ?

**Moi** : Oui il pense a autre chose et appréhende moins le soin

**IDE 1** : Voilà c'est ça

**Moi** : Et sinon tu penses que les moyens du service permettent une bonne prise en charge de la douleur ?

**IDE 1** : Oui...Oui, aujourd'hui en 2022 je pense qu'on a fait énormément de progrès sur ce sujet, après il faut connaître les trucs et astuces pour soulager la douleur mais en tout cas on a le matériel pour.

**Moi** : D'après toi est-ce qu'il y a une différence chez la personne âgée au niveau de la douleur et si oui pourquoi ?

**IDE 1** : Non, non pour moi la douleur c'est totalement subjectif donc c'est aussi bien que ce soit un enfant, un adulte ou une personne âgée la douleur est identique, il y a des personnes qui sont plus sensible à la douleur que d'autre plus sensible à des soins que d'autres mais pour moi la douleur c'est pareil pour tout le monde, après je pense que ce qui joue surtout c'est le seuil de tolérance à la douleur.

**Moi** : Et donc du coup la prise en soin est la même ?

**IDE 1** : Oui Oui

**Moi :** Est-ce que tu as déjà prodigué des soins qui induisait une douleur chez une personne âgée ?  
Ouais... malheureusement, Bah c'est vrai que je suis pas très très bien quand ca m'arrive mais évidemment je ne le fait pas volontairement ca c'est sur  
Récemment dans une réfection de pansement chez une personne amputé et c'est vrai que le monsieur appréhende beaucoup et a un seuil de la douleur bas. Donc ca je le sais donc c'est vrai que je lui donne de l'oxynorm avant le soin et la quand j'enlève le pansement je lui mets de la xylocaine spray plus du gel de façon à faire une déterision de façon convenable et efficace et c'est vrai que le monsieur je voulais lui enlever le pansement l'autre fois et c'est vrai que j'ai humidifier au maximum le pansement et il avait peur d'avoir mal et le pansement tirait sur la plaie et la le monsieur a tiré d'un coup sec son moignon fin c'est reculé d'un coup. Et automatiquement c'est vrai que je lui ai fait super mal donc là j'étais vraiment embêté

**Moi :**Donc même maigres toutes les précautions...

**IDE 1 :** Ouais ouais il. A quand même eu mal

**Moi :** Et du coup ta réaction à toi ça a été....

**IDE 1 :** Bah j'ai essayé de le rassurer, lui dire que je faisais au maximum c'est vrai que le monsieur comprenais mais c'est vrai que j'étais vraiment embêté parce que je veux pas qu'il perde confiance avec moi donc je me dis que je suis la a m'occuper de lui pendant un certains temps, c'est vrai qu'on a des pansement qui sont long donc si je lui fait mal pendant 3/4 d'h c'est pas la peine

**Moi :** Ok et ton sentiment par rapport à ton soin ?

**IDE 1 :** Bah je m'en veux, je suis pas à l'aise

**Moi :** D'accord, et tu penses que ça a un impact sur la prise en soin ?

**IDE 1 :** Bah oui parce que si on fait mal la personne risque de perdre confiance en nous et si il y a un soin qu'est douloureux moi je suis vraiment à l'écoute de la personne et comme j'ai le nez sur le pansement sur la plaie je regarde pas forcément le patient mais je lui dis de me dire s'il a mal fin je m'arrête au cas ou s'il a mal et je vois aussi si le membre tressaille fin je lui dis de me dire et la je m'arrête

**Moi :** Et selon toi une fois qu'on a fait un soin qui est douloureux est-ce que le soin est moins légitime pour les autres soins.

**IDE 1 :** C'est vrai que si le soin est douloureux, j'arrête le soin et je reprends le lendemain, je vais pas m'amuser à lui faire mal c'est vrai que je vais peut-être écourter le soin, le soin est peut-être moins efficace mais tant pis je ne m'acharne pas

**Moi :** Et du coup selon toi la relation soignant soigné est impacté ?

**IDE 1** : Ouais ca peut briser la confiance et c'est vrai que si la personne n'a plus confiance c'st pas la peine

**Moi** : Est ce que tu as déjà ressenti un changement de comportement de la part du patient à la suite d'un soin douloureux

**IDE 1** : Non, personnellement non parce que je pense que j'essaie de rétablir au maximum la relation de confiance mais quand il y a une bonne prémédication en général on ne fait pas mal

**Moi** : Est-ce que tu as quelque chose à ajouter

**IDE 1** : Non à part qu'on ne pratique pas l'hypnose dans notre établissement et c'est bien dommage parce que ça peut vraiment être efficace. Ah oui et sinon je ne t'ai pas dit tout à l'heure mais on peut utiliser le MEOPA si le patient est vraiment très douloureux

**Moi** : Et le MEOPA il y en a dans le service ou il faut en commander en avance ?

**IDE 1** : Oui il y en a dans le service, on a dans l'établissement un bombonne qu'on peut prendre quand on veut, oui c'est facile d'accès

## **Annexe III : Entretien IDE 2**

**Moi** : Alors, est-ce que tu veux bien te présenter, me parler un peu de ton parcours professionnel, ta durée d'expérience et dans quel service tu travailles actuellement.

**IDE 2** : Alors je suis infirmière depuis maintenant 3 ans, alors j'ai travaillé à la suite de mon diplôme en tant qu'intérimaire pour découvrir un peu plusieurs structures, plusieurs types de services mais finalement je me suis rendu compte que l'intérim ça me plaisait pas tant que ça parce que ça me demandait beaucoup d'adaptation, de changement on ne connaissait pas l'équipe les patients et les services étaient pas toujours faciles et on n'était pas toujours très bien accueilli ça dépend, c'est pas une généralité non plus. Du coup j'ai postulé au centre gériatrique et du coup j'avais obtenu un poste sur un congé maternité à l'USLD, j'ai travaillé là-bas pendant 6 mois et ensuite je suis partie sur un remplacement congé maternité en rééducation et depuis j'ai signé un CDI là-bas et j'ai travaillé toujours en rééducation.

**Moi** : Et as-tu eu l'occasion d'obtenir depuis tes 3 ans en tant qu'infirmière un diplôme ou une formation ?

**IDE 2** : Euh non, j'ai pas eu de diplôme ou de nouvelles formations après il y a des petites formations en interne sur le circuit du médicament, la douleur, les soins palliatifs du coup on peut y avoir accès sur inscription. C'est pas mal ça te fais une petite piqûre de rappel.

**Moi** : Comment toi tu définirais la notion de douleur et quelle est ta vision de la douleur ?

**IDE 2 :** Alors pour moi la douleur chacun la perçoit et la ressent à un degré différent. Un soin que l'on va faire à quelqu'un peut-être hyper douloureux alors que ce même soin chez un autre patient va être plus ou moins douloureux. Chacun a une tolérance à la douleur à un degré différents et nous en tant que professionnels on peut pas se permettre de juger si oui ou non c'est un soin douloureux parce qu'on est pas à la place des personnes et on perçoit les choses de façon différente je pense

**Moi :** En quoi consiste la prise en charge de la douleur et as tu des moyens pour prévenir une douleur induite lors d'un soin et tu penses que c'est applicable dans tous les services ?

**IDE 2 :** Pour moi la prise en soin de la douleur est primordial pour pouvoir réaliser un soin le mieux possible et pour que la personne aussi soit le mieux possible par ce qu'il y a la douleur dans les soins mais aussi des douleurs que les gens ont au quotidien suite à des maladies, à des opérations etc Donc c'est important d'évaluer la douleur avant d'administrer le traitement qui est déjà prescrit pour évaluer si ce traitement est efficace ou non si on peut l'augmenter ou le modifier si on peut mettre en place des massages avec le kiné. Il faut qu'on puisse trouver une solution pour soulager le patient dans sa douleur c'est primordiale dans sa prise en soin

**Moi :** Et ducoup est ce que tu as des moyens pour prévenir les douleur induites

**IDE 2 :** Alors oui bien sûr on peut mettre en place des antalgiques avant les soins par exemple des soins d'escarres qui peuvent être douloureux on peut donner de l'oxynorm 30 min 45 min avant le soin pour que ce soit moins douloureux , on peut aussi mettre de la xylo sur les plaies avant de toucher, de nettoyer. Ca permet d'anesthésier localement et de pouvoir procéder au soin de la meilleure façon possible pour que ce soit plus confortable pour le patient mais pour nous aussi en tant que soignant parce que faire mal à un patient c'est pas notre but. C'est plus agréable pour lui et pour nous aussi derrière.

**Moi :** Ok et est ce que tu penses que ce qu'on a appris durant notre formation est ce que c'est toujours applicables dans les services

**IDE 2 :** Alors non, moi je pense qu'il y a une différence entre ce qu'on apprend à l'école et ce qu'on voit sur le terrain, tu verras avec l'expérience tout ce qu'on apprend sur le papier n'est pas applicable à la lettre sur le terrain et on adapte en fonction des situations avec l'équipe, les médecins ont peut trouver des solutions pour adapter tout ça...

**Moi :** Oui oui, je comprends qu'il peut y avoir une différence.

**IDE 2 :** Sur le papier c'est toujours très très jolie mais finalement pas toujours réalisable sur le terrain

**Moi :** Est ce que tu penses que la douleur est différente chez une personne âgée donc par exemple sont ressenti le vécu de la douleur...

**IDE 2 :** Je dirais pas forcément, je pense que la douleur est perçue différemment chez les gens en fonction de leur vécu aussi. il y a des personnes qui vont être très dur au mal parce que ils ont

ressenti des douleur atroces et du coup ils vont plus facilement supporter des douleurs mais alors que t'es 25 ans ou 75 ans je pense que pour le coup tout dépend de ton vécu avant et des douleurs que tu as pu ressentir avant aussi, c'est vraiment propre à chacun

**Moi :** Est ce que ca t'es déjà arrivé de prodiguer un soin auprès d'une personne âgée ?

**IDE 2 :** Euuuh oui

**Moi :** Est ce que tu peux décrire la situation ?

**IDE 2 :** Euh par exemple dernièrement on a eu un patient qui a été amputé au niveau tibiale, donc c'était très très compliqué, les soins ça... Il a été repris plusieurs fois au bloc on a été obligé de poser un vac et du coup le retrait du vac, le nettoyage tout ça, il y avait beaucoup de fibrine... Fin c'était très très douloureux euh... Rien que le retrait du VAC c'était déjà une étape ensuite il fallait qu'on pose de la xylo pour euh pouvoir bien nettoyer malgré ca ca restait un soin qui était bien douloureux donc c'est pas facile nous on a envie de faire le plus vite possible pour pas que c'est souffrance dur dans le temps mais en même temps on peut pas aller non plus aussi vite qu'on voudrait parce que il faut aussi prendre le temps de bien nettoyer, bien déterger tout ca Donc c'est pas facile il a fallu plusieurs essaie de protocole entre guillemets en modifiant les dosages de morphine à libération prolongés en modifiant les dosages d'interdose entre les soins, la pose. Il a fallu tout organiser pour que le soin soit le plus agréable possible mais à la fin on est jamais arrivé à ce que le soin ne soit pas douloureux du tout c'était pas; c'était pas possible

**Moi :** Et toi ton ressenti par rapport à cette douleur c'était quoi?

**IDE 2 :** Silence\*

**Moi :** Par exemple les sentiments que t'as pu ressentir ou ta façon de réagir

**IDE 2 :** Ah oui ! Bah du coup c'est pas facile en tant que soignant parce que bah on aime pas faire mal au gens et en meme on a cette partie aussi bah si on nettoie pas ca va faire qu'aggraver le problème et... un peu le cul entre de chaise on essaie de nettoyer sans trop faire mal, on essaie pourquoi pas de ne pas tout faire d'un seul coup mais peut-être un peu tous les jours pour que.. Pour pas que ce soit insupportable pour le patient, on essaie de faire un peu comme on peut et du mieux qu'on pense et apres on se relaie c'est pas toujours la même qui fait le soin et puis voilà quoi

**Moi :** Et ton sentiment par rapport à cette situation

**IDE 2 :** Bah on se sent impuissant parce qu'on culpabilise en fait je pense derrière qu'avec ... Euh le fait qu'on fasse mal a la personne alors que c'est pas notre but donc euh... oui il y a de la culpabilité

**Moi :** Est ce que tu penses que ces soins la, vont impacter la prise en soin

**IDE 2 :** Bah oui parce que le patient certains patient vont pas forcément se laisser faire ce qui est compréhensible et nous derrière on va pas gratter autant qu'on le souhaiterait, on va pas nettoyer

comme on le voudrait, que ce soit nickel pour justement limiter ce lapse de temps ou on induit de la douleur au patient

**Moi :** Ok et est ce que tu penses que la relation soignant-soigné est impacter

**IDE 2 :** Euh pas forcément je pense que c'est important que le patient verbalise ce qu'il ressent et nous également et puis qu'on puisse discuter également pour pouvoir nous mettre en place des choses pour améliorer ces soins donc c'est important de garder une bonne relation soignant soigné par rapport à ça

**Moi :** Et est ce que tu penses que la légitimité du soin est moindre avec un soin qui est douloureux

**IDE 2 :** C'est-à-dire ?

**Moi :** Est-ce que tu penses que le soin à moins sa place quand il est douloureux,

**IDE 2 :** Bah je dirais qu'il est quand même impacté parce que le patient va appréhender, il va venir à reculons. Nous, c'est pas forcément agréable pour nous donc c'est pareil on va pas spécialement aller au bout du soin. Fin si le patient il en peut plus on va être obligé de stopper donc forcément il est un peu impacter

On va forcément être obligé de privilégier le confort du patient à un soin qui est trop douloureux. Par exemple pour la toilette c'est pareil on va limiter les manoeuvre on va pas forcément faire comme d'habitude, pour essayer de privilégier son confort c'est primordiale pour la prise en soin du patient

**Moi :** ok ok... Bah je pense que j'ai posé l'ensemble des questions que je voulais, merci beaucoup ! Est ce que tu as quelque chose à rajouter

**IDE 2 :** Oui non je pense que tu as bien fais le tour des choses

#### **Annexe IV : Analyse des entretiens**

	<b>Objectif :</b> Connaître les deux infirmières, leur parcours, leur formation, leur ancienneté, leur diplôme...	
Thèmes	IDE 1	IDE 2
Ancienneté	Diplômée depuis 1994	3 ans de diplôme
Parcours	<p>j'ai travaillé l'été en gériatrie</p> <p>J'ai fait des remplacements la bas (centre de lutte contre le cancer et centre gériatrique) pendant 4 ans</p> <p>7 ans de pool en mi-temps</p> <p>8 mois de médecine neuro pneumo</p> <p>J'ai commencé à travailler en rééducation en 2001</p> <p>Formateur d'autre établissement hospitalier</p> <p>Référente douleur depuis que je suis infirmière</p>	<p>Interim, USLD gériatrique, Rééducation gériatrique</p> <p>Non je n'ai pas eu d'autres formations</p>
Service actuel	Service de SSR rééducation dans un centre gériatrique	Rééducation gériatrique
Diplôme	<p>DU plaies brûlures et cicatrisation</p> <p>Formation communication thérapeutique</p>	
<p><b>Analyse :</b> L'IDE 1 est diplômé depuis 1994 soit depuis 28 ans, de plus elle a réalisé plusieurs formations, est référente douleur et à un diplôme universitaire. Ce qui fait qu'elle a de l'expérience dans différents domaines, tandis que l'IDE 2 a moins d'expérience étant donné qu'elle est diplômée depuis 3 ans. Mais les deux infirmières ont déjà eu l'occasion d'intégrer différents services mais majoritairement en gériatrie. Et elles sont toutes les deux dans un service de SSR gériatrique.</p>		

Objectifs : Connaître leur vision de la douleur		
Thèmes	IDE 1	IDE 2
Subjectivité	“la douleur c’est aussi bien subjectif”	“la douleur chacun la perçoit et la ressent à un degré différent”  “Chacun a une tolérance à la douleur a un degré différents”  perçoit les choses de façon différente je pense
Objectivité	“la douleur c’est [...]qu’objectif”	
Pas de jugement	“faut pas que le soignant juge la douleur du patient” “on ne doit pas émettre d’opinion par rapport à sa douleur”	“nous en tant que professionnels on peut pas se permettre de juger si oui ou non c’est un soin douloureux”
<p>Analyse :</p> <p>Dans leurs réponses les deux infirmières s’accordent à dire que la douleur est une notion subjective et qu’elle ne doit en aucun cas être jugée mais l’IDE 1 caractérise également la douleur comme objective</p>		

Objectif : en savoir plus sur leur prise en soin de la douleur, sur leur pratique professionnelle et savoir si les conditions de travail étaient favorables à cette prise en soin.		
Thèmes	IDE 1	IDE 2
Nécessiter du soulagement de la douleur dans le soin		“Pour moi la prise en soin de la douleur est primordial”  “Il faut qu’on puisse trouver une solution pour soulager le patient dans sa douleur c’est primordiale dans sa prise en soin”  “Pour pouvoir procéder au soin de la meilleure façon possible” “pour que ce soit plus confortable pour le patient



		<p>mais pour nous aussi en tant que soignant”</p> <p>“C’est plus agréable pour lui et pour nous aussi derrière.”</p>
<p>Évaluation de la douleur</p>	<p>“nous on applique surtout l'EVS plus facile à utiliser en gériatrie”</p> <p>“et sinon il y a l’EVA”</p> <p>"Après la doloplus c’est pour les personnes qui ont des problèmes de communication, quand ils peuvent pas verbalisé ou pas mobiliser l’échelle de la douleur”</p>	<p>“c’est donc important d’évaluer la douleur avant d’administrer le traitement qui est déjà prescrit pour évaluer si ce traitement est efficace ou non”</p>
<p>Traitement de la douleur</p>	<p>“Autrement il y a tout ce qui est antalgique avec les médicaments”</p> <p>“La communication thérapeutique ça peut être une vraie aide dans la prise en charge de la douleur”</p>	<p>“mettre en place des antalgiques avant les soins”</p> <p>“on peut donner de l’oxynorm 30 min 45 min avant le soin”</p> <p>“on peut aussi mettre de la xylo sur les plaies avant de toucher, de nettoyer.”</p>
<p>Prise en charge pluridisciplinaire et alternatives au soin</p>	<p>“Les prises en charge Kiné qui mettent des tens au patient pour calmer la douleur”</p> <p>“La communication thérapeutique ça peut être une vraie aide dans la prise en charge de la douleur”</p>	<p>“si on peut mettre en place des massages avec le kiné.”</p>

**Analyse :** Pour cette question sur la prise en charge de la douleur, trois notions ressortent des réponses des IDE, la première est l’évaluation de la douleur. Pour l’IDE 1 il est important d’adapter l’échelle de douleur au patient et pour l’IDE 2 l’évaluation va permettre d’adapter le traitement médicamenteux. La deuxième notion est le traitement médicamenteux de la douleur, l’IDE 1 utilise en plus des traitements médicamenteux la communication thérapeutique et l’IDE 2 précise à trois reprises que les traitements sont à mettre en place avant le soin. La troisième notion est que la prise en charge de la douleur est pluridisciplinaire et notamment avec le kiné qui peut mettre en place des tens ou encore réaliser un massage. Et enfin l’IDE 2 insiste sur le fait que la prise en charge de la douleur est primordiale dans le soin.

Objectif : Connaître leur avis sur un possible lien entre l'âge et le vécu douloureux d'un soin.

Thèmes	IDE 1	IDE 2
Ressenti de la douleur identique à tout âge	<p>“que ce soit un enfant, un adulte ou une personne âgée la douleur est identique”</p> <p>“pour moi la douleur c'est pareil pour tout le monde”</p>	<p>“mais alors que t'es 25 ans ou 75 ans”</p>
Seuil de tolérance	<p>“il y a des personnes qui sont plus sensible à la douleur que d'autre”</p> <p>“plus sensible à des soins que d'autres”</p> <p>“Ce qui joue surtout c'est le seuil de tolérance à la douleur”</p>	
Vécu		<p>“je pense que la douleur est perçues différemment chez les gens en fonction de leur vécu aussi”</p> <p>“il y a des personnes qui vont être très dur au mal parce que ils ont ressenti des douleur atroces”</p> <p>“tout dépend de ton vécu avant et des douleurs que tu as pu ressentir avant aussi”</p>

Analyse : Pour les deux infirmières le ressenti de la douleur ne dépend pas de l'âge mais peut être influencé selon l'IDE 1 par le seuil de tolérance à la douleur et pour l'IDE 2 par le vécu du patient.

Objectif : Partage d'expérience, Connaître leurs réactions face à un soin prodigué douloureux

Thèmes	Sous-thèmes	IDE 1	IDE 2
Réaction soignant	Sentiment	<p>“c’est vrai que je suis pas très très bien quand ca m’arrive”</p> <p>“la j’étais vraiment embêté”</p> <p>“je m’en veux, je suis pas à l’aise”</p>	<p>“on culpabilise”</p> <p>“oui il y a de la culpabilité”</p>
	Dilemme		<p>“nous on a envie de faire le plus vite possible pour pas que c’est souffrance dur dans le temps mais en même temps on peut pas aller non plus aussi vite qu’on voudrait parce que il faut aussi prendre le temps de bien nettoyer, bien déterger tout ça”</p> <p>“on aime pas faire mal au gens et en meme on a cette partie aussi bah si on nettoie pas ca va faire qu’aggraver le problème”</p> <p>“un peu le cul entre de chaise”</p> <p>“on essaie de nettoyer sans trop faire mal”</p>
	La douleur ajoute de la complexité au soin		<p>“c’était très très compliqué”</p> <p>“c’est pas facile”</p> <p>“On est jamais arrivé à ce que le soin ne soit pas douloureux”</p> <p>“c’était pas possible”</p> <p>“c’est pas facile en tant que soignant”</p>
	Pas le rôle du soignant	<p>“Evidemment je ne le fait pas volontairement ca c’est sur”</p>	<p>“c’est pas facile en tant que soignant”</p>

	<p>bienveillance du soignant</p> <p>La réflexion du soignant</p>		<p>“On aime pas faire mal au gens”</p> <p>“On essaie de faire un peu comme on peut et du mieux qu’on pense”</p> <p>“Euh le fait qu’on fasse mal a la personne alors que c’est pas notre but”</p>
	Rassurer le patient	<p>“ j’ai essayé de le rassurer”</p> <p>“lui dire que je faisais au maximum”</p> <p>“moi je suis vraiment a l’écoute de la personne”</p>	
Réaction patient		<p>“le monsieur appréhende beaucoup et a un seuil de tolérance bas”</p> <p>“il avait peur d’avoir mal”</p> <p>“ le monsieur a tiré d’un coup sec son moignon fin c’est reculé d’un coup”</p> <p>“ le monsieur comprenais”</p>	<p>“le patient certains patient vont pas forcément se laisser faire”</p>
Soin douloureux malgré les précautions prises		<p>“c’est vrai que je lui ai fait super mal”</p> <p>“Il a quand même eu mal”</p>	<p>“Fin c’était très très douloureux”</p> <p>“Rien que le retrait du VAC c’était déjà une étape”</p> <p>“malgré ca ca restait un soin qui était bien douloureux”</p>
<b>Analyse :</b>			

Dans cette question, l'objectif était que les infirmières me partagent leur expérience d'une situation de soin provoquant de la douleur chez une personne âgée, j'ai décidé de classer leurs réponses en différents items, le premier étant la réaction du soignant face à ce soin, cet item comprends les sentiments des deux IDE et la sensation que "faire mal" dans un soin ne sera pas le rôle du soignant et de la part de l'IDE 2 l'impression de faire face à un dilemme et la complexité du soin lorsqu'il est douloureux.

Le deuxième items est la réaction du patient, pour l'IDE 1 le patient appréhende beaucoup ce qui a amené à aggraver la douleur du soin car il a retiré d'un coup sec son moignon. Pour l'IDE 2 certains patient n'accepterait pas d'avoir mal pendant le soin, ce qu'elle comprend.

Et enfin le dernier item est la notion du soin extrêmement douloureux malgré les précautions prises avant le soin

Objectif : Connaître leur avis sur le possible impact d'un soin induisant une douleur sur le soin en général		
Thèmes	IDE 1	IDE 2
Impact sur l'efficacité du soin	<p>"c'est vrai qu'on a des pansement qui sont long donc si je lui fait mal pendant 3/4 d'h c'est pas la peine"</p> <p>"je lui dis de me dire et la je m'arrête"</p> <p>"c'est vrai que je vais peut-être écourter le soin, le soin est peut-être moins efficace mais tant pis je ne m'acharne pas"</p> <p>"C'est vrai que si le soin est douloureux, j'arrête le soin"</p> <p>"j'essaie de rétablir au maximum la relation de confiance"</p>	<p>"on va pas gratter autant qu'on le souhaiterait, on va pas nettoyer comme on le voudrait"</p> <p>"c'est pareil on va pas spécialement aller au bout du soins"</p> <p>"si le patient il en peut plus on va être obligé de stopper"</p>
Impact sur la relation de confiance entre le soignant et le soigné	<p>" je veux pas qu'il perde confiance avec moi"</p> <p>"si on fait mal la personne risque de perdre confiance en nous"</p> <p>"ca peut briser la confiance et c'est vrai que si la personne n'a</p>	<p><b>"Moi :</b> tu penses que la relation soignant-soigné est impacter</p> <p><b>IDE 2 :</b> Euh pas forcément"</p> <p>"C'est important que le patient verbalise ce qu'il ressent et nous également "</p>

	plus confiance c'est pas la peine "	
Alliance thérapeutique		<p>"Je pense que c'est important que le patient verbalise ce qu'il ressent et nous également et puis qu'on puisse discuter"</p> <p>"pour pouvoir nous mettre en place des choses pour améliorer ces soins donc c'est important de garder une bonne relation soignant soigné par rapport à ça"</p>
<p>Pour cette dernière question, les deux IDE affirment qu'une douleur induite lors d'un soin va impacter son efficacité, tous deux vont se sentir obligés d'écourter le soin car il est trop douloureux. L'IDE 1 pense que la douleur induite va impacter la relation de confiance mais l'IDE 2 ne pense pas forcément que ce soit le cas. L'IDE 2 pense qu'il faut discuter avec le patient afin de prendre les décisions ensemble et trouver une solution à cette douleur induite, cette façon de procéder va permettre de créer entre le patient et le soignant une alliance thérapeutique.</p>		

## ABSTRACT

<p><b>NOM</b> : Perennes</p> <p><b>PRÉNOM</b> : Klervi</p>
<p><b>TITRE</b> : L'IMPACT DE LA DOULEUR INDUITE SUR LA RELATION SOIGNANT- SOIGNÉ</p>
<p><b>Abstract</b> :</p> <p>Today, pain in the elderly is still not sufficiently considered. In fact, this problem is more important</p>

in this population due to various factors. This is why I wanted to make it the main theme of this thesis. But I was particularly interested in the induced pain and the impact it may or may not have on the caregiver-patient relationship. This relationship is present in all care and is at the heart of our profession. After having gathered all my questions on this subject in the light of my own experience, I came up with a starting question: "How can the relationship between the caregiver and the patient be impacted during care provided by the nurse inducing pain in an elderly person? To answer this question, I first researched the different concepts present in my question, so I could expand my knowledge on this subject and I confronted them with those of two professionals working in a geriatric center. In order to properly analyze the answers collected from the professionals, a methodology had to be put in place. I chose to divide the interviews according to the parts that stood out the most and that were interesting to deal with for the rest of the writing. The two nurses answered my questions in a very relevant way and it allowed me to develop my reflection on new subjects that I had not envisaged to exploit earlier. I let you discover this thesis of initiation to research, a work of one year, which was sometimes difficult to realize but today I am very proud of it, it is for me the result of three years of intense study.

**Résumé :**

Aujourd'hui la douleur chez la personne âgée est encore trop peu considérée, en effet cette problématique est plus importante chez cette population du fait de différents facteurs. C'est pourquoi j'ai voulu en faire le thème principal dans ce mémoire d'initiation à la recherche. Mais je me suis particulièrement intéressée à la douleur induite et l'impact qu'elle peut ou non avoir sur la relation soignant-soigné. Cette relation présente dans tous les soins, est au cœur de notre métier. Après avoir rassemblé l'ensemble de mes questionnements sur ce sujet au regard de mes situations vécues j'en suis aboutie à une question de départ qui sera "En quoi la relation soignant soigné peut-être impactée lors d'un soin dispensé par l'IDE induisant une douleur chez une personne âgée?". Pour répondre à cette question, j'ai dans un premier temps fait des recherches sur les différents concepts présents dans ma question, ainsi j'ai pu étoffer mes connaissances à ce sujet et je les ai confrontées à celles de deux professionnels exerçant dans un centre gériatrique. Pour bien analyser les réponses recueillies auprès des professionnels, il fallait mettre en place une méthodologie. J'ai fait le choix de diviser les entretiens en fonction des parties qui ressortaient le plus et qui était intéressante à traiter pour la suite de l'écriture. Les deux infirmières ont répondu de façon très pertinentes à mes questions et ça m'a permis de développer ma réflexion sur de nouveaux sujets que je n'avais pas envisagé d'exploiter plus tôt. Je vous laisse alors découvrir ce

mémoire d'initiation à la recherche, un travail d'un an, qui m'a parfois été difficile à réaliser mais aujourd'hui j'en suis très fière, c'est pour moi l'aboutissement de trois années d'étude intense.

**Key Word** : Elderly people, Induced pain, Relational care, Nursing practice, Pain

**Mots Clés** : Personnes âgées, Douleur induite, Soins relationnels, Pratique infirmière, Douleur

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES - Promotion 2019-2022