



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

La perception de la douleur dans un contexte de douleur induite par les soins

Formateur référent mémoire : Gaël ROBIN

GOAZIOU Stella
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

Date : 02/05/2023

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

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

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

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

Le 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : GOAZIOU Stella



Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire, ainsi qu'à la réussite de ma formation.

Je tiens tout d'abord à remercier les formateurs ayant contribué à mon suivi et à mon accompagnement pendant la rédaction de ce mémoire d'initiations à la recherche en soins infirmiers. Merci à Mr ROBIN Gaël, cadre de santé formateur et mon guidant de mémoire pour m'avoir guidée tout au long de ce travail de fin d'études. Merci à lui pour son écoute, son soutien, ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité.

Merci aux équipes soignantes, sur mes différents stages pendant ces années et aux professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

Merci à mes proches, notamment ma famille, mes amies de promotion Pauline et Raphaëlle et mon petit-ami pour leur présence et leur écoute tout au long de ces deux années d'études. Merci à eux pour m'avoir toujours encouragée dans mes choix professionnels et personnels. Leur soutien pendant la rédaction de ce mémoire, leurs conseils et relectures ont été d'une grande aide pour moi.

J'exprime également toute ma gratitude à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé à ce travail de fin d'études.

À tous et toutes un grand merci.

Sommaire

Introduction	1
1. Le cheminement vers la question de départ	2
1.1 Première situation d'appel	2
1.2 Deuxième situation d'appel	3
1.3 Questionnement initial	3
2. Cadre théorique	4
2.1 La douleur	4
2.1.1 Définition de la douleur	4
2.1.2 Les différents types de douleur	6
2.1.3 Douleur induite par les soins	6
2.2 Perception et évaluation de la douleur	7
2.2.1 Perception de la douleur	7
2.2.2 Evaluation de la douleur	9
2.3 Le prendre en soin	10
2.3.1 Définition	10
2.3.2 Evolution de la prise en charge de la douleur et de sa perception	11
3. Dispositif méthodologique du recueil de données	12
3.1 Objectif global du guide d'entretien, organisation et outil	12
3.2 Population de l'enquête	13
3.3 Bilan du dispositif : points forts et limites	13
4. Analyse descriptive des entretiens	13
4.1 La douleur	14
4.2 L'analyse de la douleur	14
4.3 Les facteurs influençants la perception et l'évaluation de la douleur	15
4.4 Les situations douloureuses	16
4.5 Les formations et informations des professionnels sur la douleur et sa prise en charge	17
5. Discussion des données	18
5.1 La douleur et la douleur induite par les soins	18
5.2 L'analyse et la prise en charge de la douleur	19

5.3 Les facteurs d'influence	19
5.4 Les situations douloureuses	20
5.5 Les formations et informations des professionnels sur la douleur et sa prise en charge	20
Conclusion	21
Bibliographie	22
Sommaire des annexes	25

Siglier

IDE : Infirmier.e diplômé.e d'Etat

AS : Aide-soignant

IASP : International Association for the study of Pain

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

EVS : Echelle Verbale Simple

DU : Diplôme Universitaire

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

MEOPA : Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote

SFETD : Société française d'étude et du traitement de la douleur

Glossaire

Arthrodèse : opération chirurgicale consistant à souder grâce à du matériel métallique plusieurs vertèbres entre elles pour les bloquer dans une position adéquate

Arthromoteur : appareil de rééducation fonctionnant à l'aide d'un moteur dont l'amplitude et la vitesse du mouvement sont réglables

Stoïcisme : doctrine des philosophes antiques avec comme but ultime la recherche de la sagesse morale en considérant que la seule source du bonheur est la vertu et non le plaisir.

Algoplus : échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée qui présentent des troubles de la communication verbale, c'est-à-dire dans tous les cas où une auto-évaluation fiable n'est pas praticable.

Doloplus : échelle d'évaluation de la douleur chronique chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale.

GI Douleur : Groupe d'Intérêt douleur de la Société Française de Physiothérapie

Introduction

Pour réaliser ce travail de fin d'études qui consiste en la rédaction d'un mémoire à la recherche en soins infirmiers, sur un sujet qui nous questionne, j'ai décidé d'aborder la thématique de la perception de la douleur du patient par le personnel infirmier. L'objectif principal est de réfléchir aux notions de perception de la douleur par le personnel infirmier, et de voir comment elle influence le prendre en soin dans un contexte de douleur induite. En effet, étant arrivée directement en deuxième année sur passerelle, j'ai été confrontée dès mon premier stage à la douleur, à sa perception mais aussi à sa prise en charge. Cette thématique de recherche que je souhaite approfondir est pertinente car la douleur est un symptôme courant chez les patients hospitalisés et peut avoir un impact important sur leur qualité de vie. Les professionnels infirmiers jouent un rôle essentiel dans la gestion de la douleur des patients et leur perception est d'autant plus primordiale.

Lors de mes stages, j'ai pu réaliser que la prise en compte de la douleur du patient est un aspect essentiel des soins infirmiers. Cependant, la perception de celle-ci peut varier d'un membre du personnel soignant à un autre, et cela peut avoir un impact significatif sur la manière dont la personne est prise en charge. Travailler sur la perception de la douleur par le personnel infirmier chez les patients, peut avoir des intérêts personnels et professionnels significatifs.

Au niveau personnel, cela permettra de développer une compréhension plus profonde des besoins des patients, d'acquérir des compétences en matière de communication avec les patients et de leur famille, et de renforcer leur empathie. Cela peut également aider les infirmiers à améliorer leur propre bien-être émotionnel en leur permettant de mieux comprendre comment leur perception de la douleur du patient peut affecter leur propre niveau de stress et de compassion.

Au niveau professionnel, la perception de la douleur par le personnel infirmier peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins dispensés au patient, notamment en termes de soulagement de la douleur et de satisfaction des patients.

Travailler sur ce sujet peut aider les infirmiers à améliorer leur pratique professionnelle en développant des compétences en matière d'évaluation de la douleur, de communication avec les patients et de la planification des soins de manière efficace. Cela peut également aider à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en général, ce qui peut avoir un impact positif sur la santé publique et la réputation de l'établissement de santé.

En m'apprêtant à entrer dans le monde professionnel, je souhaite à travers mon vécu et celui des professionnels rencontrés tout au long de mes deux années d'étudiante infirmière traiter cette thématique de la perception de la douleur notamment celle induite lors des soins.

Nous débiterons par l'évocation de situations d'appels essentielles à la rédaction de ce mémoire d'initiation et les questionnements qui en découlent pour cheminer vers la question de départ. Ensuite, nous aborderons la partie théorique en lien avec la question de départ pour aller jusqu'à l'établissement de la grille d'entretien où des professionnels infirmiers seront interrogés. Suite à cela, une analyse descriptive sera effectuée pour confronter la théorie au terrain ainsi qu'une analyse interprétative que nous appellerons : "discussion". Enfin, pour clore ce travail de fin d'études, une conclusion sera réalisée ainsi qu'une ouverture avec une question de recherche.

1. Le cheminement vers la question de départ

1.1 Première situation d'appel

Je suis en stage de semestre 4 dans un service de chirurgie orthopédique qui accueille des patients nécessitant des interventions chirurgicales. Ces personnes viennent pour être opérées puis pour la surveillance après des chirurgies comme des arthroèses, de prothèses de hanches de genou ou suite à des accidents de la route, des plaies de traumatologies des membres supérieurs inférieurs diverses etc...

Nous sommes le mardi 22 mars 2022, je travaille ce jour de matin, c'est ma deuxième semaine de stage et la première avec les infirmières. A 10h, les soins des pansements de plaies diverses commencent ainsi que les différentes surveillances comme les drains de redon ou même encore des transfusions sanguines quand il y en a. Mme D, 56 ans, est à J2 de son opération d'une prothèse de genou à droite et c'est le jour de sa réfection de pansement. Le kiné étant passé, nous retrouvons la patiente en fin de séance avec l'arthromoteur. Nous avons mis l'appareil sur pause afin d'obtenir l'angle de flexion idéal pour effectuer le pansement. Étant donné que je n'ai jamais effectué de pansement stérile, l'infirmière responsable m'a proposé d'observer le soin. Pendant tout le déroulement du soin, la patiente a poliment exprimé ses douleurs, parfois très vives, lors du contact de la main de l'infirmière sur et autour des points de suture de la cicatrice. Malgré les plaintes de la patiente, l'infirmière a poursuivi et terminé le soin.

1.2 Deuxième situation d'appel

Je suis en stage de semestre 5 dans un service de médecine cardiaque et digestive qui accueille des patients avec des pathologies diverses comme des cancers en lien avec le système digestif, des insuffisants cardiaques, des maladies du côlon etc ...

Nous sommes le mercredi 21 septembre 2022 je travaille ce jour de nuit, c'est ma quatrième semaine de stage et la première avec l'équipe de nuit. Suite à une remontée d'une entrée des urgences nous accueillons Mr H, 66 ans, à J0. Il est hospitalisé pour un cancer colorectal avec des lésions multi-métastatiques généralisées. Mr H, à peine arrivé dans le service aux alentours de 22h, gémit et se plaint de douleurs intenses situées partout dans son corps. Avec l'IDE et l'AS nous avons pris en compte sa douleur et essayé de la soulager le plus possible en appliquant les prescriptions médicales signées du médecin des urgences. Nous lui avons également proposé de la glace, des positions antalgiques. Au vu du non soulagement de ces douleurs depuis bientôt plus d'une heure, nous décidons d'appeler l'interne de garde qui monte aussitôt dans le service suite au fait qu'elle entend Mr H gémir à travers le téléphone. Après avoir essayé toutes les solutions possibles à notre portée et sachant que Mr H est intolérant à la morphine avec des risques avérés d'agressivité mais ayant quand même reçu des bolus de morphine et d'hypnovel car il y avait que cela de possible à ce moment là et en ayant peser le pour et le contre au préalable. Il sera finalement transféré à la Clinique de la Sagesse à minuit dans une unité adaptée et reviendra quelques jours plus tard.

1.3 Questionnement initial

Ces situations ont suscité chez moi des interrogations sur la définition de la douleur, et plus précisément sur la manière dont elle est perçue par le personnel infirmier. En effet, j'ai remarqué que les décisions prises par les infirmières étaient différentes et que cela avait un impact sur la manière dont les patients étaient pris en charge. J'ai réalisé que la perception de la douleur pouvait varier d'un individu à l'autre, et que cette différence de perception pouvait influencer le comportement des professionnels de la santé, même au sein de l'équipe hospitalière.

J'en suis venue à m'interpeller sur la considération, l'évaluation mais aussi la perception de la douleur des patients hospitalisés par le personnel soignant et notamment les infirmiers. Des questions ont émergé :

- Les émotions du soignant influencent-elles la perception de la douleur du patient ?

- Existe-t-il des formations ou des outils pour percevoir et ainsi et évaluer au mieux la douleur du patient ?
- Le vécu personnel du soignant peut-il influencer la prise en charge de la douleur ?
- L'expérience professionnelle impacte-t-elle la perception de la douleur par l'infirmier ?
- Quels sont les éléments qui peuvent influencer la perception de la douleur du patient par le soignant ? Qu'est-ce qui différencie la perception soignante interindividuelle ?
- Agissons-nous différemment si nous avons déjà été confrontés à la douleur ou ayant déjà été dans des situations similaires ?

Ces interrogations ont renforcé mon désir d'étudier la perception de la douleur du patient par le personnel infirmier. J'ai voulu en apprendre davantage sur la douleur en tant que concept, sur la manière de la prendre en charge, mais également sur l'impact de la perception de la douleur par les professionnels de la santé sur la prise en charge des patients hospitalisés. C'est ainsi que j'ai formulé la question de départ suivante : Dans un contexte de douleur induite par les soins, dans quelle mesure la perception de cette dernière par l'infirmier.e influence le prendre soin ?

2. Cadre théorique

2.1 La douleur

2.1.1 Définition de la douleur

La définition de la douleur peut être abordée de différentes manières, la notion en elle-même est complexe.

La douleur, de la racine latine “dolor”, “est une sensation pénible, désagréable ressentie dans une partie du corps.” (Larousse, s.d).

Il est possible de se référer à la définition de la douleur proposée par l'International Association for the Study of Pain (IASP, s.d.), qui la définit comme *une* « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire actuelle ou potentielle, ou décrite en ces termes ». En 2020, l'IASP a revu sa définition de manière à y inclure les personnes ne pouvant pas décrire verbalement leur douleur en la reformulant comme étant “ une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle” (IASP, 2020). La douleur est ainsi considérée comme un symptôme et non comme une maladie en soi. Cette définition de l'IASP met en avant la notion de subjectivité de la douleur pouvant être extrêmement différente d'un individu à un autre. Elle admet aussi le fait qu'une douleur peut ne pas

avoir de causes lésionnelles potentielles et préalables. La douleur est ainsi une expérience subjective, qui peut varier d'un individu à l'autre en fonction de différents facteurs, tels que le seuil de tolérance à la douleur, le contexte social et culturel, l'âge, ou encore l'état émotionnel. Dans le cadre des soins infirmiers, la prise en charge de la douleur est une préoccupation majeure, car elle peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des patients. Ainsi, la compréhension de la douleur et de sa perception par le personnel soignant mais aussi par les patients est essentielle pour offrir des soins de qualité.

La douleur est une donnée faisant partie intégrante du monde du soin. Les auteurs, dans le domaine médical sont en adéquation dans le fait qu'on retrouve plusieurs composantes de la douleur. Les études menées par Melzack et Casey en 1968 ont permis d'identifier les différentes composantes de la douleur. Selon ces chercheurs, c'est un phénomène complexe et multidimensionnel qui peut être décomposé en quatre composantes principales : la composante sensori-discriminative, la composante affective, la composante cognitive et la composante comportementale (Melzack et Casey, 1968).

- La composante sensori discriminative est associée à la sensation physique de la douleur et permet de la localiser et d'en décrire l'intensité et la qualité.
- La composante affective est liée aux émotions et aux sentiments que la douleur peut engendrer, comme la peur, l'anxiété, la tristesse, la colère ou encore la frustration.
- La composante cognitive fait référence au processus mentaux impliqués dans la perception de la douleur, comme l'attention, l'interprétation, la mémoire et les attentes
- La composante comportementale désigne l'ensemble des manifestations verbales et non verbales que l'on peut observer chez une personne souffrant de problèmes de santé.

Ces quatre composantes sont interconnectées et peuvent interagir les unes avec les autres pour influencer la perception de la douleur et la réponse à la douleur. Cette approche multidimensionnelle de la douleur a permis de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents et de développer de nouvelles stratégies de prise en charge de celle-ci.

Effectivement, en résumant ce que mentionnait Breivik et Al en 2006, la douleur est un problème de santé majeur dans le monde, touchant des millions de personnes, et ayant un impact considérable sur la qualité de vie, la productivité et le coût des soins de santé. (Breivik et Al, 2006).

En effet, il existe de multiples stratégies de prise en charge de la douleur étant donné que chaque douleur est unique, il en existe une multitude que nous allons examiner dans la prochaine section de ce mémoire.

2.1.2 Les différents types de douleur

Il existe différents types de douleurs et plusieurs façons de les classer. La plus courante des manières de les classer est celle basée sur leur durée et leur origine. Ainsi, selon cette méthode, on pourra distinguer trois types de douleur : aiguës, chroniques et cancéreuses (Lefèvre et al, 2012).

- La douleur aiguë est définie comme une douleur de courte durée, généralement inférieure à six mois, qui est associée à une lésion tissulaire aiguë, telle qu'une brûlure, une coupure, une entorse, ou une fracture (IASP, 2020). La douleur aiguë est généralement considérée comme une réponse normale et bénéfique du corps à une lésion tissulaire. Elle est souvent décrite comme un "signal d'alarme" ou comme une douleur lancinante, pulsatile, ou brûlante, et peut être accompagnée de symptômes tels que des frissons, des sueurs, des nausées, ou des vomissements (Breivik et al., 2006).
- La douleur chronique est définie comme une douleur persistante qui dure plus de six mois et qui est associée à une lésion tissulaire chronique, telle qu'une arthrite, une neuropathie, ou une fibromyalgie (IASP, 2020). La douleur chronique est considérée comme une maladie en soi et peut avoir des conséquences physiques, émotionnelles et sociales graves.
- La douleur cancéreuse est définie comme une douleur associée à un cancer ou à un traitement contre le cancer. Elle peut être aiguë ou chronique, et est souvent considérée comme l'un des symptômes les plus préoccupants chez les patients atteints de cancer (IASP, 2020). La douleur cancéreuse peut avoir des causes multiples, telles que la compression des nerfs ou des organes, les métastases, ou les effets secondaires des traitements anticancéreux.

Après avoir examiné et cité différents types de douleur, il est important d'examiner également la douleur induite par les soins, qui est une réalité courante et difficile à éviter dans les milieux de soins.

2.1.3 Douleur induite par les soins

Les soins ou autres thérapeutiques peuvent générer de la douleur pour le patient, c'est ce qu'on appelle plus communément la douleur induite par les soins. En effet, elle est omniprésente dans le monde hospitalier et peut se décliner sous plusieurs formes. Selon Evelyne Malaquin-Pavan (2010), "la douleur liée aux soins peut être provoquée, iatrogène ou induite" (p.36). Il convient d'explicitier ces termes.

La douleur provoquée correspond aux actes, mouvements ou manœuvres volontaires réalisés par l'infirmier.e. La douleur iatrogène quant à elle correspond à une douleur provoquée par exemple par le

traitement thérapeutique mais qui est non intentionnelle. Enfin, la douleur induite est une douleur qui est prévisible, par exemple pour un certain soin donné.

Effectivement, comme l'expliquait Fletcher en 2010, la douleur induite par les soins correspond à toutes les intrusions à travers la peau ou un organe de la personne soignée comme une prise de sang, une pose de sonde urinaire qui constituent une douleur induite par les soins en stimulant le système nerveux périphérique puis central, transmettant à la personne soignée la douleur provoqué du soin.(Fletcher, 2010). Fletcher définit aussi la douleur provoquée comme “une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d’apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur » (p.11-26). De plus, Fletcher (2010) nommera la douleur induite comme une “douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d’être prévenues par des mesures adaptées” (p.11-26).

Ces douleurs étant omniprésentes dans le domaine du soin, la prise en charge de ces douleurs est un élément majeur lors de toutes hospitalisations. Il faut prendre en considération que la douleur induite par les soins est perçue et vécue différemment par chaque individu. D’après David Le Breton (2010) : “d’une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique. Chaque douleur est unique.” (p.34-35). Effectivement, les réactions face à la douleur d’un patient peuvent varier d’un individu à l’autre allant de la compassion à l’indifférence. Comme le soulignaient Gordon et Al (2007), l’empathie est “un élément déterminant dans l’approche des personnes douloureuses”(p-163-187). Il suggère que les professionnels faisant preuve d'empathie sont plus à même de comprendre et de répondre à la douleur du patient de manière appropriée. Il met en évidence l’importance de l’empathie dans la prise en charge de la douleur et dans la qualité des relations soignant-soigné. Cette empathie toutefois devra avoir ses limites pour que le soignant ne soit submergé par ses propres émotions qui influenceraient sa perception de la douleur du patient.

Maintenant que nous avons examiné la douleur sous différents angles, il est important d'aborder la manière dont elle est perçue et évaluée, en particulier dans le contexte des soins de santé.

2.2 Perception et évaluation de la douleur

2.2.1 Perception de la douleur

Le mot perception vient du latin “perception” signifiant “l’action de percevoir par les organes des sens”. (Larousse, s.d.).

La perception se définit comme “une opération psychologique complexe par laquelle l’esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel” (GI Douleur, 2019). La perception de la douleur est une expérience subjective, individuelle et personnelle. La perception de la douleur est propre à chacun, à chaque individu.

Comme le disent bons nombres d’auteurs chaque perception que nous avons en tant qu’individu, nous entraîne à effectuer des choix et prendre des décisions en fonction de ses connaissances antérieures et de ses attentes. Effectivement, plusieurs facteurs peuvent influencer la perception de la douleur par les professionnels de santé. La notion de douleur est subjective mais la perception de la douleur l’est tout autant. Certains facteurs comme la durée du soin, l’ancienneté de la maladie, ses représentations, ses croyances, l’âge de la personne ou encore des émotions enfouies ou des barrières psychologiques mises en place involontairement par le soignant sont des facteurs influençant cette perception. Serait-ce par rapport à des situations personnelles antérieures, des habitudes, des émotions refoulées ? Quel qu’en soit le cas ou la raison, Evelyne Malaquin-Pavan (2010) nous rappelle que : “La douleur provoquée par un soin est difficile à appréhender par les professionnels individuellement comme collectivement. Culpabilité, impuissance ou doute peuvent naître chez le soignant qui en est le témoin ou l’acteur et le conduire à éviter d’en parler une fois le soin accompli”. (p.39)

Ainsi, devant certaines situations, la perception de la douleur peut être fluctuante d’un infirmier à un autre. L’infirmier peut développer des mécanismes de défense altérant la perception de la douleur. Comme le dit Alice de la Brière (2010), le professionnel peut être mis à mal par les douleurs qu’il induit. Il souhaite faire du bien et non le contraire. Il peut développer des mécanismes de défense pour ne plus se rendre compte qu’il est lui-même source de douleurs supplémentaires. (p.18)

En adéquation avec les auteurs Melzack et Casey, Grégoire et al. a mené en 1997 une étude visant à explorer la perception de la douleur chez les infirmières et les médecins en Belgique. Les résultats ont montré que les professionnels de santé ont une perception différente de la douleur par rapport au patient, et que cela peut affecter leur prise en charge de la douleur. Les infirmières et les médecins ont été interrogés sur leur connaissance, attitude et pratique concernant la douleur. Les résultats ont montré que les infirmières avaient une meilleure compréhension de la douleur que les médecins, mais qu’elles étaient moins confiantes dans leur capacité à la traiter efficacement. Les deux groupes ont également été interrogés sur les facteurs influençant leur évaluation de la douleur, tel que l’âge, le sexe et la culture du patient, ainsi que leur propre expérience de la douleur. Les résultats ont montré que ces facteurs pouvaient influencer la prise en charge de la douleur. Ainsi, cela a souligné l’importance de la prise en compte de facteurs tels que l’âge, le sexe et la culture du patient dans l’évaluation de la douleur.

Par conséquent, la perception de la douleur étant un élément clé dans la prise en charge de la douleur, nous allons maintenant explorer comment les professionnels de santé évaluent cette douleur, afin de fournir des soins efficaces et adaptés à chaque patient.

2.2.2 Evaluation de la douleur

L'évaluation se définit comme "l'action d'évaluer, de déterminer la valeur de quelque chose". (Larousse, s.d.). Celle-ci est une étape essentielle déterminante réalisée à l'aide d'outils adaptés.

L'évaluation de la douleur correspond à une démarche permettant de mesurer et d'apprécier l'intensité et les caractéristiques de la douleur ressentie par le patient. Elle peut être réalisée de manière subjective par le patient lui-même ou de manière objective par le personnel soignant en utilisant différents outils d'évaluation de la douleur. L'objectif de cette évaluation est de mieux comprendre la douleur ressentie par le patient afin de pouvoir adapter la prise en charge et de soulager efficacement la douleur. A noter, qu'on privilégiera toujours l'auto-évaluation du patient.

Pour évaluer la douleur, nous pouvons nous appuyer sur des échelles validées et standardisées qui répondent à un certain nombre de critères rigoureux. Les échelles les plus courantes utilisées sont au nombre de trois, elles seront décrites ci-dessous. Il en va de soi, que les échelles à utiliser sont à adapter en fonction de la personne à prendre en soin.

- L'Échelle Numérique (EN) : Elle est utilisée dans l'évaluation de la douleur aiguë comme de la douleur chronique. C'est un outil facilement compréhensible et simple d'utilisation. Il suffit de demander au patient de coter sa douleur entre 0 et 10 en imaginant que 0 signifie "absence douleur" et que 10 signifie "douleur insupportable". On l'utilise la plupart du temps sous la forme orale mais peut être utilisé sous forme écrite. La question type posée est : " A combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle allant de 0 à 10, sachant que 0 veut dire aucune douleur et 10 votre douleur est insupportable ?".
- L'Échelle Verbale Analogique (EVA) : C'est une échelle d'auto-évaluation de la douleur. Le patient devra déplacer un curseur sur une réglette millimétrée entre "pas de douleur" d'un côté et "douleur maximale imaginable" de l'autre. Du côté de la face soignant graduée de 0 à 10, le soignant pourra observer à combien le patient ressent sa douleur.
- L'Échelle Verbale Simple (EVS) : C'est une échelle d'autoévaluation de la douleur. Elle est utilisée pour les douleurs aiguës et chroniques et permet de faire connaître la douleur ressentie par le patient par palier allant de 0 à 4. On lui demande sa douleur à

l'aide de cinq mots qualitatifs qui sont : douleur absente, faible, modérée, intense et extrêmement intense.

Il existe tout de même d'autres échelles d'évaluation de la douleur comme l'Algoplus, le Doloplus ou encore DN4 ECPA.

La perception de la douleur comme vu auparavant, étant intrinsèquement subjective, son évaluation l'est tout autant. Il est important de prendre le temps d'évaluer la douleur pour ne pas la surestimer ou la sous-évaluer. Ainsi, l'évaluation de la douleur est un élément essentiel pour que les infirmiers comprennent et prennent en charge la douleur de leurs patients.

En ayant expliqué ci-dessus, qu'est-ce que la perception et l'évaluation de la douleur, nous pouvons maintenant explorer comment cette compréhension influence le prendre en soin des patients souffrant de douleur et en explicitant ce terme.

2.3 Le prendre en soin

2.3.1 Définition

"Prendre en soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est-à-dire unique "(Hesbeen, 1997). Selon Walter Hesbeen (1997), le prendre en soin est une question de sens à la fois pour le soignant et pour le patient. Pour le soignant c'est le fait de prendre soin d'une personne et pour le patient c'est ce qui lui arrive dans son parcours de vie et se sens pour lui est pris en compte par les soignants.

Le "prendre en soin" est une valeur pour cet auteur, dans une orientation à visée plus philosophique que scientifique. Cette valeur permet de considérer la personne soignée comme un sujet à part entière et non comme un objet de soin.

Les infirmiers par ce concept de "prendre en soin" aident le patient dans sa récupération, dans ses besoins, sa santé et sa qualité de vie. Ce concept venant du terme anglais "care" a été introduit en 1982 par Marie-Françoise Collière. Effectivement "to care" signifie "prendre en soin". Pour compléter ces définitions du "prendre en soin", d'après, Vigil-Ripoche M.A (2011) ce mot a deux sens, "d'abord celui d'une attitude particulière et responsable dans une relation de soin, ensuite celui d'une action de soin » (p.6). Par conséquent, le terme de prendre en soin peut être considéré comme l'ensemble des actions effectuées par les infirmiers pour répondre aux besoins de santé et de bien être des patients.

Il faut aussi noter que le “prendre en soin” est inscrit dans le Code de la Santé Publique (Art. R4312-10 et Art.R4312-21). Je citerai deux des principes respectivement au noms des articles cités ci avant : “l’infirmier agit en toutes circonstances dans l’intérêt du patient” et “L’infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu’il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.” (Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - articles R4312-1 à R4312-92 portant code de la santé publique (2016). JORF du 27 novembre).

Ainsi, au vu de ces articles régis par le Code de la Santé publique, le concept de prendre en soin est primordial et important. L’infirmier doit respecter des valeurs mais aussi des compétences dans sa prise en charge de la personne soignée.

Dans la prochaine section, nous allons explorer comment la perception et la prise en charge de la douleur ont évolué au fil du temps.

2.3.2 Evolution de la prise en charge de la douleur et de sa perception

Au fil des années, de nombreuses avancées scientifiques et thérapeutiques ont été réalisées sur la prise en charge de la douleur et de sa perception. Cette prise en charge a considérablement évolué au fil du temps, passant d’une approche centrée sur le soulagement des symptômes à une approche tenant compte des aspects physiques et psychologiques de la douleur.

Au cours des siècles derniers, et notamment dans les années 1960 et 1970, la douleur était observée et considérée comme un simple symptôme et sa prise en charge était négligée. Galien qui n’est d’autre que l’inventeur de la médecine occidentale, la considérait comme un symptôme et elle devait être vue comme telle par le médecin. Plus tard, le stoïcisme, nous amène à penser comme quoi la douleur doit être maîtrisée par l’Homme. Avec ses deux idées philosophiques différentes ce sera le Galénisme qui influencera pendant des siècles le concept et la compréhension de la douleur qui restera inchangé”.

Des changements au fil des années sont survenus, et de plus en plus de professionnels ont reconnu l’importance de traiter la douleur en utilisant différentes stratégies. Nous pouvons nommer différentes approches pharmacologiques comme les traitements (antalgiques, MEOPA) ou non pharmacologiques (communication, comportement).

De nos jours, de telles idées influencent la lutte contre la douleur. Des formations sont même proposées et dispensées au personnel soignant pour analyser leurs pratiques et mieux prendre en

charge la douleur de leurs patients et cela continuellement. Nous pouvons nommer : le centre anti douleur (CLUD), les unités anti douleur et la création d'un DU sur la prise en charge de la douleur.

Effectivement, depuis 1998, le programme de lutte contre la douleur a été mis en place par le gouvernement français considérant que le soulagement de la douleur est un droit de chaque personne comme le rappelle la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades. Ainsi, c'est par cette loi que des programmes ou des plans comme le Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur en 2006-2010 a été créé.

En résumé, l'évolution de la prise en charge de la douleur a été caractérisée par un changement d'approche, maintenant considérée comme un problème de santé nécessitant un accompagnement de la personne soignée mais aussi un accompagnement du personnel soignant. Comme le rappelle Evelyne Malaquin-Pavan (2010), "l'évolution constante des données scientifiques en matière de douleurs demande une actualisation périodique des connaissances". (p.57-76).

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

3.1 Objectif global du guide d'entretien, organisation et outil

Dans le but de confronter mes recherches théoriques à la pratique infirmière, j'ai choisi de réaliser deux entretiens semi-directifs dans une démarche hypothético-déductive. J'ai ainsi établi un guide d'entretien composé de questions ouvertes permettant à ces deux infirmières de répondre de façon approfondie pour pouvoir les comparer par la suite. Ce guide d'entretien est un guide comme l'indique son nom et me permettra de faire des questions de relance pour préciser davantage certaines réponses au besoin. (cf annexe)

J'ai eu l'opportunité de mener deux entretiens avec des professionnels infirmiers exerçant encore actuellement. Ces entretiens ont été enregistrés avec le consentement des infirmiers pour être transcrits par la suite. Ils seront supprimés quand la transcription aura été effectuée. Ils ont été réalisés en personne. Lorsque je réalise les entretiens, je tutoie les professionnels de santé puisqu'elles me connaissent.

Les entretiens ont été effectués de façon individuelle. Le premier a été réalisé dans une voiture comme le stage se passait en libéral et le second dans une pièce au calme pour favoriser la concentration de l'infirmière.

3.2 Population de l'enquête

Pour effectuer mes entretiens, j'ai décidé d'interroger des infirmières avec un certains nombres d'années d'exercice ayant un parcours professionnel non similaire. La première infirmière interrogée est une professionnelle rencontrée lors de mon stage de semestre 5 diplômée depuis 2012. La seconde infirmière interrogée est une ancienne collègue d'une infirmière avec qui j'ai été en stage en semestre 5 et qui m'a donné son contact, celle-ci étant diplômée depuis une vingtaine d'années avec un DU douleur.

J'ai choisi d'interroger ces professionnels ci, car je trouvais intéressant d'avoir le point de vue d'une infirmière sans diplôme universitaire et d'une infirmière avec un DU mais ayant toutes les deux plusieurs années d'expérience. Aussi, le fait d'interroger deux professionnelles n'exerçant pas dans les mêmes structures me permettra de constater ou non des différences par rapport à la perception de la douleur de celles-ci.

3.3 Bilan du dispositif : points forts et limites

Les entretiens semi-directifs menés ont permis aux infirmières de développer leurs idées.

Ces entretiens ont cependant des limites puisqu'il a été nécessaire pour certaines questions de re-préciser et de reformuler celles-ci pour la compréhension. Effectivement, les infirmières interrogées sur certaines questions ne comprenaient pas le sens ou ne savaient pas vraiment les réponses auxquelles je pouvais m'attendre.

4. Analyse descriptive des entretiens

Pour simplifier l'analyse et la mise en mots des entretiens, les infirmiers interrogés seront écrits sous la forme de IDE 1 et IDE 2 respectivement à l'ordre des entretiens menés. Le guide d'entretien effectué a eu pour compte de répondre aux quatre objectifs décrits ci-dessus avec les réponses des infirmières. L'analyse des entretiens se portera par conséquent sur le terme de la douleur, l'analyse de la douleur, les facteurs influençant la perception de la douleur et l'évaluation de la douleur et enfin les situations douloureuses.

4.1 La douleur

Les infirmières ont été interrogées sur la notion de douleur et de douleur induite par les soins. Elles ont toutes les deux définis ces termes et ont également parlé de la prise en charge de la douleur avec le rôle infirmier.

L'IDE 1 a plus défini la douleur qu'en faire une description. Elle a défini la douleur comme étant physique ou psychique, qu'elle pouvait être récurrente et plus ou moins forte et que suivant ces critères là elle pouvait être plus ou moins grave. A contrario, l'IDE 2 définit la douleur. Pour elle, c'est un mot bien choisi et complexe à définir, je cite : "*c'est pas facile*". Pour elle, la douleur est individuelle et propre à chacun. Elle donne des détails sur la douleur mais répète qu'elle n'arrive pas à trouver une définition exacte de celle-ci.

Pour la douleur induite par les soins, elle va la définir comme étant une douleur liée aux gestes infirmiers provoqué lors des soins. Que cette douleur correspond à tous les gestes que l'on peut faire, toutes les manipulations telles qu'elles soient.

Ensuite, le thème de la prise en charge de la douleur est apparu avec comme éléments sortant les notions de l'attitude soignante et de l'expérience professionnelle. Pour prendre en charge la douleur, il faut avoir une attitude professionnelle adaptée. Comme l'exprime l'IDE 1, il faut être dans une position d'écoute active, de ne pas porter de jugement et être dans une position bienveillante, de bien prendre en considération le patient et c'est dans notre rôle infirmier de prendre en charge cette douleur. L'IDE 1 comme l'IDE 2 disent bien qu'il ne faut surtout pas minimiser la douleur. Effectivement à plusieurs reprises, l'IDE 1 et 2 expriment le fait qu'il ne faut pas hésiter à appeler ses supérieurs même si ce n'était pas grave par la suite car on ne peut jamais être sûr à 100% et qu'il faut du courage pour le faire et que parfois on peut ne pas se sentir écouter. L'IDE 2 ajoute que la communication est un élément important dans la prise en charge de la douleur, qu'il en existe plusieurs : active, verbale, distractive... afin de détourner l'attention du patient pour qu'il soit le plus confortable possible comme le dit aussi l'IDE 1. De plus, l'IDE 1 dit que dans la prise en charge de la douleur, l'expérience professionnelle est un facteur à ne pas négliger. La prise en charge de la douleur est aussi bien pour l'infirmier que pour le patient.

4.2 L'analyse de la douleur

Après avoir interrogé les infirmières sur les différents éléments entrant en compte sur l'analyse de la douleur, plusieurs idées se sont dégagées.

Tout d'abord, pour les deux infirmières il existe des éléments matériels qui entrent en compte dans l'analyse de la douleur. L'IDE 1 comme l'IDE 2 expriment qu'elles utilisent des supports, notamment des échelles d'évaluation de la douleur comme l'Algoplus citée par les deux IDE et comme l'EN, l'EVA, l'EVS, l'ECPA cité par l'IDE 2. L'IDE 1 souligne qu'il est important d'utiliser un support adapté à la personne soignée.

En second temps, pour les deux infirmières il existe aussi des éléments soignants entrant en compte dans l'analyse de la douleur. Pour l'IDE 1 le fait de connaître ou non la personne soignée est un élément à ne pas négliger ainsi que le fait de savoir si la personne est sous traitement. Pour l'IDE 2 les collègues sont une ressource. Effectivement, si ton ou ta collègue a suivi ce patient sur plusieurs jours cela peut nous aider, en l'occurrence l'IDE 1 est en adéquation sur ce fait là.

4.3 Les facteurs influençant la perception et l'évaluation de la douleur

En ayant interrogé les deux infirmières diplômées d'état sur les facteurs influençant la perception de la douleur et comment elle était perçue et évaluée par les différents soignants, plusieurs idées se sont dégagées. Dans l'ensemble, les infirmières restent en adéquation avec leurs dires.

En effet, l'idée la plus ressortie à bon nombres de reprises est celle de la subjectivité individuelle de la douleur. Les autres notions exprimées par les infirmières sur les facteurs influençant la perception de la douleur sont : l'attitude soignante, le matériel, l'expérience professionnelle, l'environnement et le vécu du soignant que nous verrons ci-après.

Les infirmières ne se contentent pas seulement de dire que la perception est subjective mais elle la détaille. L'IDE 1 nous fait savoir que dans la perception, il y a une part de notre ressenti "*part de soi forcément*", "*un petit peu d'intuition*". L'IDE 2 exprime aussi que la perception "*tant subjective à chacun, elle l'est aussi entre les pays et que cette perception différente d'un indice à un autre ou d'un pays à un autre est enrichissant pour les professionnels de la santé*".

L'IDE 1 va mettre en avant l'attitude soignante comme facteurs influençant la perception de la douleur. Elle exprime le fait de ne pas rester passif face aux situations douloureuses mais aussi de se mettre à la place de l'autre. Ces qualités sont des valeurs que nous retrouvons dans nos compétences professionnelles.

L'IDE 2 va en dire quelques-uns sur le matériel. Effectivement, le matériel est un des éléments pouvant influencer la perception de la douleur. La perception va influencer l'évaluation de la douleur car comme elle l'exprime si ce ne sont pas les mêmes outils comme les échelles qui sont utilisées, le résultat, c'est-à-dire l'évaluation, ne sera pas le même.

L'IDE 1 comme l'IDE 2 parlent de l'expérience professionnelle. L'expérience professionnelle comme un facteur influençant la perception de la douleur. Toutes les deux expriment le fait que la perception de la douleur s'affine avec les années et les expériences. Elle disent aussi qu'une infirmière jeune diplômée n'aura pas la même perception qu'une infirmière ayant quelques années d'expérience devant elle. L'IDE 2 le dit bien, elle exprime le fait qu'elle n'a pas la même perception maintenant qu'il y a 20 ans. Elle dit aussi qu'ayant son DU douleur, elle perçoit sûrement différemment les choses. L'IDE 2 finit par dire que *“l'expertise de tous les jours, c'est la plus grande expérience”*, ce qui revient bien au fait que c'est avec les années que la perception diffère et s'affine, comme elles l'expriment lors des entretiens.

L'environnement peut aussi être un facteur influençant la perception de la douleur. L'IDE 1 comme l'IDE 2 explique le fait que l'équipe peut influencer, autant en positif qu'en négatif, comme dit l'IDE 1 : *“alors déjà, tu peux être influencée par l'équipe, par tout ton environnement”*. Le travail d'équipe et ses collègues sont aussi une source d'informations, des ressources, cela permet d'apporter une autre vision et un enrichissement professionnel.

Comme dernier facteur, c'est le vécu du soignant aussi bien professionnel que personnel qui a été évoqué par les deux infirmières comme facteur influençant la perception de la douleur. L'IDE 1 comme l'IDE 2 exprime que le vécu, l'histoire du soignant influence la perception. Effectivement, comme le dit l'IDE 1 en fonction de ton propre vécu et si tu as déjà été dans des situations douloureuses ou même tes proches ta perception de la douleur ne sera pas la même. Pour citer un exemple, l'IDE 2 exprimera : *“L'histoire du soignant, le vécu du soignant, l'expérience du soignant : personnelle et professionnelle.”*

4.4 Les situations douloureuses

Les IDE ont été interrogées sur leur vécu face à des situations douloureuses. Elles ont évoqué que les situations douloureuses sont présentes au sein même de notre travail mais le vécu du soignant face à des situations douloureuses est aussi présent.

Les deux infirmières sont en adéquation avec le fait qu'il y a des situations douloureuses dans notre travail et qu'il n'est pas toujours facile de les prendre en charge : *“il y en a tellement”, “j'en ai vécu plein”, “se sont des situations qui sont difficiles”*. Ces mêmes situations faisant parties intégrantes de notre travail comme le rappelle l'IDE 1 : *“partie de notre travail”*.

L'IDE 1 énonce que pour elle les situations douloureuses auxquelles elle serait plus sensible seraient les enfants, par rapport à son vécu personnel et l'approche de la maladie. Cependant, elle exprime aussi le fait qu'elle a toujours réussi à prendre le recul nécessaire pour ne pas être atteinte.

Pour reprendre cette notion d'atteinte, l'IDE 2 explique le fait que parfois on peut se sentir *“impuissant”* et *“pas écouté”*. Mais comme le sous-entend l'IDE 1, il est important de *“prendre le recul nécessaire pour ne pas être trop blessée, trop atteinte”*.

4.5 Les formations et informations des professionnels sur la douleur et sa prise en charge

Les deux IDE ont été interrogés sur leurs connaissances sur les formations et informations sur la notion de douleur et de sa prise en charge.

L'IDE 1 ne donne pas forcément beaucoup de réponses sur ce qu'elle connaît, elle se contente de dire qu'elle aurait pu faire effectivement se compléter en faisant une formation en sachant qu'elle ne connaissait que la formation avec le DU douleur contrairement à l'IDE 2. Effectivement, l'IDE 2 est une infirmière ayant le diplôme universitaire sur la douleur depuis maintenant deux ans. Elle est assez concernée par le sujet et connaît le CLUD. Elle sait qu'il existe des congrès notamment ceux de la SFETD. Elle répète plusieurs fois qu'elle connaît beaucoup d'éléments sur la douleur et de personnes faisant parties de centre (clud, les ide ressources). Par exemple, au cours de l'entretien pour valider les propos énoncés ci-dessous, l'IDE 2 exprimera : *“ Oui, oui. Alors des formations comme je te disais le DU, les congrès et ducoup les outils et bah c'est toutes les échelles d'évaluation qu'on peut trouver.”*

Sur la notion d'informations autour de la prise en charge de la douleur, ce sera l'IDE 2 qui aura le plus développé sur la question, L'IDE 1 dira que oui on est bien informé. L'IDE 2 est en adéquation avec ces dires mais précisera qu'à l'heure actuelle nous avons tout à disposition pour bien prendre en charge la douleur (*“ Oui, moi je pense”*). L'IDE 2 s'exprime aussi sur le rôle informatif des établissements et des comités. Elle dira notamment : *“c'est à chacun ou en tout cas c'est aux comités, aux membres du CLUD dans les établissements qui va nous permettre aussi d'être informé”*.

5. Discussion des données

Pour conserver une suite logique à l'analyse et me questionner en tant que future professionnelle de santé, je vais confronter les points de vue des infirmières avec mes recherches théoriques. Cette discussion va reprendre les grandes parties de mon cadre conceptuel. L'objectif sera d'essayer de répondre à ma question de départ qui était la suivante : « Dans un contexte de douleur induite par les soins, dans quelle mesure la perception de cette dernière par l'infirmier.e influence le prendre soin ? » et la conduire vers une problématique de recherche.

5.1 La douleur et la douleur induite par les soins

Pour moi, ce qui caractérise la douleur, c'est le fait qu'elle est propre à la personne soignée et à chacun. La douleur est individuelle et subjective. C'est également cette caractéristique qui est mise en avant par les infirmières mais aussi les auteurs et l'IASP cités dans la partie théorique de ce mémoire.

De plus, à mon avis, ce qui caractérise un soin douloureux et plus particulièrement une douleur induite par les soins, sera le côté invasif, c'est-à-dire tous les gestes provoquant des douleurs et effectués par les infirmiers, comme par exemple : les aiguilles de bilans biologiques, les poses de sondes nasogastriques. C'est ce qui est aussi exprimé par les deux infirmières interrogées. Pour citer un auteur évoqué dans la partie théorique de ce mémoire, d'après Fletcher (2010) la douleur induite par les soins correspondrait à toutes les intrusions à travers la peau ou un organe.

Également, pour moi la douleur induite peut être intentionnelle ou non, comme cité au dessus elle peut venir d'un soin infirmier mais peut également être un effet de différentes thérapeutiques ou traitements, comme le rappelle Evelyne Malaquin-Pavan (2010) qui expliquait que "la douleur liée aux soins peut être provoquée, iatrogène ou induite".

La prise en charge de la douleur est une notion qui a été abordée par les infirmières mais qui est aussi présente dans le domaine de la santé et évoquée par les auteurs cités dans cette étude. Pour moi, la prise en charge de la douleur constitue un élément primordial à ne pas négliger. Cette même prise en charge pouvant être influencée par l'attitude soignante mais aussi l'expérience soignante. Comme l'ont dit les deux infirmières, l'expérience professionnelle est un élément à ne pas négliger.

L'attitude soignante est primordiale, pour ma part mais aussi avec les opinions des infirmières, il faut être dans une position bienveillante et d'écoute mais également de non jugement à adopter face à la personne soignée. Ces mêmes éléments et valeurs que l'on retrouve régit dans des textes de lois dont le Code de la Santé publique et que les infirmières rappellent lors des entretiens effectués.

5.2 L'analyse et la prise en charge de la douleur

Personnellement, l'analyse de la douleur est un critère de qualité à ne pas négliger dans la prise en charge de la personne soignée, cependant cette même analyse peut varier à mon avis d'un individu à l'autre. La douleur étant subjective pour chacun, pour l'analyser nous y retrouvons des outils. Effectivement, dans mes stages effectués et dans les cours enseignés à l'institut de formations en soins infirmiers, nous retrouvons comme outils, des échelles, par exemple l'EN, l'EVS, l'EVA. Ces mêmes échelles ont été citées par les deux infirmières qui les utilisent quotidiennement pendant leur service. L'IDE 1 souligne qu'il est toutefois primordial d'utiliser un support adapté à la personne soignée, avis que je partage avec elle.

Je pense aussi, que les collègues sont une ressource pour nous quant à l'analyse et la douleur. L'IDE 2, comme écrit dans l'analyse des données ci-dessus, nous fait part de son avis en disant que les collègues sont une ressource, avis que je partage puisqu'effectivement certaines personnes ont suivi plus longtemps une personne soignée et peuvent nous aider tant qu'à l'analyse de la douleur, qu'à sa perception et qu'à son évaluation.

5.3 Les facteurs d'influence

La perception de la douleur peut être influencée de plusieurs manières. Effectivement, la perception est subjective à chacun ce que les auteurs ainsi que les infirmiers répètent à plusieurs reprises "*part de soi*", "*différente d'un individu à un autre*". Par conséquent, étant une opération subjective, pour moi, elle en devient complexe. Comme l'exprime le GI Douleur, c'est "*une opération psychologique complexe*". A mon avis, la perception de la douleur induite par les soins par l'infirmier est individuelle et peut être influencée par de nombreux facteurs tels que l'expérience professionnelle, le vécu personnel du soignant, l'environnement et tant d'autres facteurs. Ces mêmes notions sont citées par les auteurs vus dans le cadre théorique mais aussi par les infirmières interviewées. Par exemple, l'IDE 1 mentionne que "*l'expertise de tous les jours, c'est la plus grande expérience*", ce qui revient bien au fait que l'expérience professionnelle influence la perception comme tous les facteurs cités en amont. Ainsi, dans ma future carrière professionnelle, je pense qu'il sera important de ne pas négliger les différents facteurs pouvant influencer la perception de la douleur induite par les soins.

5.4 Les situations douloureuses

Au fil des mes stages effectués en structure, en hospitalier ou en libéral, les situations douloureuses sont omniprésentes et peuvent tous nous impacter aussi bien professionnellement parlant que personnellement. Effectivement, il y a des situations douloureuses vécues en stage qui me marqueront à jamais ce qu'approuvent aussi les infirmières interrogées, des expériences, des situations que ne s'oublient pas.

Aussi, face à certaines situations, des événements antérieurs ou des situations déjà vécues peuvent remonter à la surface ce qui peut à plus ou moins grande échelle affecter notre prise en charge. En adéquation avec les infirmières interrogées, il n'est pas toujours facile de prendre en charge certains patients lors de situations douloureuses même si celles-ci font partie intégrante de notre travail.

L'IDE 1 énonce que pour elle, les situations douloureuses auxquelles elle serait plus sensible seraient les enfants, par rapport à son vécu personnel et l'approche de la maladie. Cependant, elle exprime aussi le fait qu'elle a toujours réussi à prendre le recul nécessaire pour ne pas être atteinte, chose qui à mon avis est essentielle : prendre du recul. Pour reprendre cette notion d'atteinte, l'IDE 2 explique le fait que parfois on peut se sentir "*impuissant*" et "*pas écouté*", mais que comme le sous-entend l'IDE 1 il est important de "*prendre le recul nécessaire pour ne pas être trop blessée, trop atteinte*".

Ainsi, pour moi, nous pouvons être plus ou moins impactés face à ces situations. Dans ma future profession, je pense qu'il sera important de prendre de la distance pour ne pas que cela m'impacte, chose que j'essaierai de faire lors de mon exercice professionnel.

5.5 Les formations et informations des professionnels sur la douleur et sa prise en charge

Les formations et informations sur la prise en charge de la douleur sont pour moi des éléments essentiels quant à notre exercice professionnel pour en apprendre autant en pratique qu'en connaissances. Je pense qu'on n'est pas tous égaux face aux connaissances sur la douleur. Effectivement, en me posant cette question là, j'ai vu que l'IDE 1 ne donnait pas forcément beaucoup de réponses sur ce sujet. Cependant, l'IDE 2 donnait plus de connaissances sur cette thématique en répétant plusieurs fois au cours de l'entretien tout ce qu'elle connaissait "*DU douleur*", "*formations*". Cela à mon avis, montre l'inégalité face à l'information sur la prise en charge de la douleur et même de ses débouchés (formations). Pour moi, il est important que des structures telles que le CLUD ou le SFETD que je ne connaissais pas avant l'entretien avec l'IDE 2 et mes recherches du cadre théorique existent. Ces structures ont des rôles importants d'informations. Dans ma future carrière

professionnelle, je ne m'y opposerai pas si l'occasion m'en vient d'effectuer le diplôme universitaire sur la douleur mais en attendant, il en va de soin de s'informer sur la prise en charge de la douleur et de ré-actualiser ses connaissances.

Puisque la perception de la douleur est individuelle et que des facteurs l'influencent (formations, informations, environnement, vécu ...) et que suite à cette perception la gestion de la douleur ne sera pas prise en charge de la même manière dans des situations différentes, une nouvelle question se pose et notamment une question sur la relation soignant-soigné dans un contexte de douleur induite par les soins. Ma nouvelle question de recherche est la suivante : en quoi la formation, le vécu et la gestion de la douleur induite par les soins peuvent-ils influencer la relation entre le soignant et le soigné ?

Conclusion

La perception de la douleur par l'infirmière, dans un contexte de douleur induite par les soins et l'influence de celle-ci fut l'une de mes principales préoccupations dans mes stages infirmiers et tout le long de ma formation. Tout au long de ce travail de recherche j'ai voulu comprendre et connaître les facteurs influençant la perception de la douleur induite par les soins par les infirmiers. Afin de répondre à ma problématique liée à ma question de départ mentionnée dans mon introduction j'ai pu recenser plusieurs auteurs et les témoignages des infirmiers interrogés sur ce sujet. Ainsi, j'ai pu à travers de ce travail comprendre les différences entre chacun. chacun est confronté différemment à la douleur, la prise en charge n'est pas toujours facile mais fait partie intégrante de notre métier. Les difficultés sont présentes et le vécu professionnel et personnel antérieur peut y jouer.

Je souhaite grâce à ce travail pouvoir améliorer ma pratique professionnelle en matière de perception et de prise en charge de la douleur. Je souhaitais aussi grâce aux entretiens effectués avec deux infirmières pouvoir me servir de leur diverses expériences pour m'aider et me guider dans ma future prise de poste et pratique professionnelle.

A l'heure actuelle, grâce à ce travail, je souhaite dans ma vie soignante future de mettre à profit toutes ces connaissances acquises. J'ai appris grâce à ce travail que chaque situation est unique et que chaque personne l'est également.

Bibliographie

Entrées de dictionnaire :

- Douleur. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
- Évaluation. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9valuation/31794>
- Perception. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/perception/59399>

Articles / Ouvrages :

- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade, *Cahiers de psychologie clinique*, (p.167-183) https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-167.htm?ref=doi#xd_co_f=MzAyNWVjNmYtNWQyYi00NzZjLWJjMDQtZmMyNWU3OTg1NTdh~
- Breivik, H., Collet, B., Ventafrida, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, n°10, 287-333.
- Le Breton, D. (2010). Douleur et relation de soins. *La douleur induite par les soins*, n°749, 34-35.
- De la Brière, A. (2010). La prise en charge de la douleur en fin de vie, entre représentations, réalités et avancées. *La douleur induite par les soins*, n°749, 18.
- Fletcher, D. (2010). Physiopathologie des douleurs induites et facteurs de passage à la chronicité. Dans S.Donnadieu et J.Wrobel (dir.), *Les Douleurs Induites* (p.11-26). Paris : UPSA.
- Lefèvre, T., d'Amico, R., & Dechartres, A. (2012). Douleurs chroniques non cancéreuses : stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Revue du Praticien*, n°62, 524-530.
- Malaquin-Pavan, E. (2010). La douleur liée aux soins, définitions et aide au dépistage. *La douleur induite par les soins*, n°749, 36.
- Malaquin-Pavan, E. (2010). Douleur et soins, situations cliniques et pistes de questionnement. *La douleur induite par les soins*, n°749, 39.
- Malaquin-Pavan, E. (2010). Prévention et soulagement des douleurs induites : le rôle des soignants. Dans S.Donnadieu et J.Wrobel (dir.), *Les Douleurs Induites* (p.157-176). Paris : UPSA.

- Vigil-Ripoche, M-A. (2011). Prendre en soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*, n°107, 6.
- Vigil-Ripoche, M-A. (2012). Prendre soin, care et caring. Dans M. Formarier, L. Jovic (dir), *Les concepts en sciences infirmières* (p.244-249). <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-244.htm>
- Walter, H. (1997). « *Prendre soin à l'hôpital* » inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Elsevier Masson
- Zabalia, M. (2019). Contributions de la psychologie du développement à l'évaluation de la douleur chez l'enfant typique et l'enfant atteint de déficience intellectuelle. Dans P. Brun, D. Mellier (dir.), *12 interventions en psychologie du développement* (p.33-51). <https://www.cairn.info/12-interventions-en-psychologie-du-developpement--9782100793686-page-33.htm>

Pages Web :

- GI Douleur (Groupe d'Intérêt Douleur). (2019, Mai). *La douleur est une perception*. <http://gi-douleur.fr/douleur-perception/>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). IASP Terminology - Pain Terms. Vue le 18 avril 2023. <https://www.iasp-pain.org/terminology-pain-terms/>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, 10 mars). *La douleur*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur#:~:text=Selon%20la%20d%C3%A9finition%20officielle%20de,ou%20d%C3%A9crite%20dans%20ces%20termes%22>.
- Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). (2020, 28 septembre). *Nouvelle définition de la douleur*. <https://www.sfetd-douleur.org/nouvelle-definition-de-la-douleur/>
- République Française. (s. d.). *Déclaration de M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, sur le plan de lutte contre la douleur, comprenant notamment la suppression du carnet à souches pour les grands antalgiques, la prise en charge de la douleur à l'hôpital et la formation des personnels hospitaliers, Paris le 7 mars 1998*. [https://www.vie-publique.fr/discours/256940-bernard-kouchner-07031998-plan-de-lutte-contre-la-douleur#:~:text=Linkedin%20\(nouvelle%20fen%C3%AAtre\)-,D%C3%A9claration%20de%20M.%20Bernard%20Kouchner%2C%20secr%C3%A9taire%20d'Etat%20%C3%A0,Paris%20le%207%20mars%201998](https://www.vie-publique.fr/discours/256940-bernard-kouchner-07031998-plan-de-lutte-contre-la-douleur#:~:text=Linkedin%20(nouvelle%20fen%C3%AAtre)-,D%C3%A9claration%20de%20M.%20Bernard%20Kouchner%2C%20secr%C3%A9taire%20d'Etat%20%C3%A0,Paris%20le%207%20mars%201998).
- Ferry, J. (2018, janvier). *Douleur (GP)*. <https://encyclo-philo.fr/douleur-gp>

Texte législatif : :

- Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - articles R4312-1 à R4312-92 portant code de la santé publique (2016). JORF du 27 novembre. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA00003349073>

Sommaire des annexes

Annexe I : Situation d'appel n°1

Annexe II : Situation d'appel n°2

Annexe III : Guide d'entretien

Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°1

Annexe V : Retranscription de l'entretien n°2

Annexe VI : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Situation d'appel n°1

Je réalise actuellement mon stage dans une unité de soins de courte durée dans le service de chirurgie orthopédique au 5ème étage à l'hôpital de Pontchaillou à Rennes. Cet étage est composé de deux services accueillant des patients souffrant de pathologies médicales et nécessitant des interventions chirurgicales telles que des prothèses de genou, prothèses de hanche, opérations du dos ou plaies de traumatologies des membres supérieurs et inférieurs diverses.

Je réalise 5 semaines de stage dans le service de la grande aile d'orthopédie. La grande aile comprend 25 chambres dont 3 doubles réparties sur trois secteurs le matin et deux secteurs l'après-midi. Le travail est effectué en binôme soit un infirmier et un aide-soignant par secteur. Cette unité permet d'accueillir 28 patients au total. L'équipe du matin travaille de 6h45 à 14h45 et est constituée de trois infirmiers et de trois aide-soignants, l'équipe de l'après-midi est constituée de deux infirmiers et de deux aide-soignants travaillant de 13h50 à 21h20. Une infirmière et un aide-soignant sont d'horaires de journée dit "de coupe" de 9h à 17h pour l'infirmière et de 8h à 15h30 pour l'aide-soignant, elles s'occupent du côté administratif et notamment des entrées et des sorties.

Le service de chirurgie orthopédique est un long couloir avec d'un côté les chambres des patients et en face, soit de l'autre côté, les pièces dédiés aux professionnels (salle de soins, réserve, stérilisation, vidoir etc). De nombreux professionnels circulent tels : un kinésithérapeute, un diététicien, des internes ...

Nous sommes le mardi 22 mars 2022, je travaille ce jour de matin, c'est ma deuxième semaine de stage et la première avec les infirmières. Je suis accompagnée par l'infirmière du secteur 2 allant de la chambre 9F à 16. La journée a débuté à 6h45 avec les transmissions réalisées par l'équipe de nuit. A partir de 7h le premier tour commence : prise des constantes, évaluation de la douleur, distribution des différentes thérapeutiques, bilans biologiques ... pendant que l'aide-soignante avec qui nous sommes en binôme sert le petit-déjeuner. A 9h, toute l'équipe se réunit dans la salle de soins pour un point info, tous les patients présents dans le service sont décrits ainsi que les entrées et les sorties du jour. Dans la matinée, les anesthésistes et les internes passent voir les infirmières pour prendre des nouvelles de leurs patients. A 10h, on reprend les soins, plus concrètement les pansements de plaies diverses, les perfusions, les drains de redon ou même encore les transfusions sanguines quand il y en a.

Mme D, 56 ans, est une patiente arrivée dans le service pour une chirurgie de prothèse de genou droite programmée en protocole RAAC (récupération améliorée après chirurgie). Elle est actuellement en

chambre double 9 côté fenêtre, elle a juste besoin d'une aide technique pour la marche (cannes anglaises) et d'une aide à la toilette pour le dos et les jambes. Mme D est à J2 de son opération et c'est le jour de la réfection du pansement. Nous frappons à sa porte et entrons. Nous lui demandons son accord pour effectuer le soin. Le kinésithérapeute étant passé dans la demi-heure précédente, la patiente était en séance avec l'arthromoteur. C'est un appareil décrit comme une attelle de mobilisation articulaire passive du genou entrant dans le programme de rééducation avec une flexion programmée. Nous avons mis sur pause l'appareil quand le genou était un peu fléchi soit avec un angle d'environ 30°, c'était une position adéquate pour effectuer la réfection du pansement puisque le genou est ni trop tendu et ni trop plié. Comme je n'avais jamais effectué de pansement en stérile, l'infirmière me propose d'observer le soin. Tout le long du soin, la patiente s'est plainte poliment de douleur parfois très vives avec le contact de la main de la soignante sur et aux abords de la cicatrice (points de suture). L'infirmière a tout de même continué et fini son soin mais n'a pas réévalué la douleur aux différentes étapes de celui-ci.

Annexe II : Situation d'appel n°2

Je réalise actuellement mon stage dans une unité de soins de courte durée dans le service de médecine cardiaque et digestive en médecine B à l'Hôpital Simone Veil de Vitré. Cet étage est composé de deux services accueillant des patients souffrant de différentes pathologies telles que des cancers, de l'insuffisance cardiaque ou ayant besoin d'interventions chirurgicales comme des stomies.

Je réalise 10 semaines de stage dans ce service qui comprend 2 secteurs, un pour la cardiologie et un pour le digestif. Il y a 17 lits par secteurs et le travail est effectué en binôme. La nuit, il y a une infirmière pour environ 34 patients suivant l'affluence dans le service.

Nous sommes le mercredi 21 septembre 2022, je travaille ce jour de nuit, c'est ma quatrième semaine de stage et la première avec l'équipe de nuit. Je suis accompagné par l'infirmière s'occupant du service entier. Après les transmissions, le premier tour commence aux alentours de 21h30. Suite à une remontée d'une entrée des urgences nous accueillons Mr H, 66 ans, à J0. Il est hospitalisé pour un cancer colorectal et des lésions multi-métastatiques généralisées en chambre 305 qui est une chambre seule. Mr H, a peine arrivé dans le service aux alentours de 22h, gémit et se plaint de douleurs intenses situées partout dans son corps. Mr H est sous contention pelvienne suite à la prescription des urgences du médecin urgentiste. Avec l'IDE et l'AS nous avons pris en compte sa douleur et essayé de la soulager le plus possible en appliquant les prescriptions médicales signées du médecin des urgences. Nous lui avons également proposé de la glace, des positions antalgiques. Au vu du non soulagement de ces douleurs depuis bientôt plus d'une heure, nous décidons d'appeler l'interne de garde qui monte aussitôt dans le service suite au fait qu'elle entend Mr H gémir à travers le téléphone. Après avoir essayé toutes les solutions possibles à notre portée et sachant que Mr H est intolérant à la morphine avec des risques avérés d'agressivité mais ayant quand même reçu des bolus de morphine et d'hypnovel car il n'y avait que cela de possible à ce moment là et en ayant peser le pour et le contre au préalable. Il sera finalement transféré à la Clinique de la Sagesse à minuit dans une unité adaptée et reviendra quelques jours plus tard.

Annexe III : Guide d'entretien

Dans le cadre du MIRSI, je souhaite vous interroger sur la perception de la douleur. Votre témoignage sera utilisé uniquement dans le cadre de ce mémoire et garantira votre anonymat.

Est-ce que vous autorisez l'enregistrement de cet entretien ?

1. Je vous laisse vous présenter : votre âge, votre parcours, votre expérience ...
2. Avez-vous des formations complémentaires au diplôme d'IDE ?

DOULEUR : Objectif : identifier et connaître les représentations et les définitions de douleur et de douleur induite par les soins

1. Qu'est-ce que pour vous la douleur ?
2. Qu'est-ce qui caractérise pour vous la douleur induite par les soins ?

PERCEPTION ET ÉVALUATION : Objectif : identifier les éléments et les facteurs influençant l'analyse et la perception de la douleur

1. Quels seraient les éléments qui entrent en compte dans l'analyse de la douleur ?
2. Selon vous, est-ce que la douleur pendant le soin est prévenue et évaluée de la même manière par les infirmiers ?
3. Quels seraient les facteurs qui feraient que la perception de la douleur soit différente d'un soignant à un autre ?
4. Est-ce qu'il y aurait des situations pour vous qui seraient plus difficiles à gérer par rapport à d'autres et pourquoi ?

LE PRENDRE EN SOIN : identifier les connaissances et les informations dont disposent les infirmières sur la prise en charge de la douleur

1. Qu'est-ce que vous connaissez en outils et en formations soignantes par rapport à la douleur ?
2. Est-ce que vous pensez être suffisamment formé et informé sur la prise en charge de la douleur ?

Avez vous quelques d'autres à rajouter ?

Annexe IV : Retranscription de l'entretien n°1

ESI : l'étudiante en soins infirmiers = l'interviewer

IDE : l'infirmière = l'interviewée

ESI : Est-ce que tu pourrais te présenter, ton âge, ton parcours et ton expérience ?

IDE : Bonjour, je m'appelle *****, je suis infirmière depuis 2012. J'ai refait l'école d'infirmière à l'âge de 37 ans après avoir eu un parcours commercial, d'élevage de chèvre et de fabrication de fromage également. Voilà, et je travaille actuellement chez ***** en tant qu'infirmière à domicile auprès de personnes en situations de handicap et avant j'ai eu une expérience de à peu près 8 ans en EHPAD.

ESI : Ok. Est-ce qu'il y a d'autres formations que tu as à part le diplôme d'infirmier ou tu as juste le diplôme d'infirmier ?

IDE : J'ai juste le diplôme d'infirmier.

ESI : Pas de formations en plaies, douleurs ou autre ?

IDE : Non, non, non.

ESI : Donc ducoup, la première question cela va être : qu'est-ce que pour toi la douleur ?

IDE : La douleur, pour moi, c'est quelque chose à prendre très au sérieux, voilà, parce qu'elle peut être plus ou moins forte. Elle peut être récurrente, il y a des gens qui vivent avec la douleur tous les jours. Et donc la douleur, oui, c'est dans le rôle infirmier, c'est très très important d'être très très à l'écoute pour essayer, bien sûr, en transmettant au médecin, de faire tout le possible pour que les gens soient soulagés.

ESI : Ok, puis c'est notre rôle de soulager la douleur.

IDE : Voilà, c'est vraiment notre rôle.

ESI : Par rapport à la douleur induite par les soins, pour toi c'est quoi la douleur qui peut être induite par les soins ?

IDE : Alors la douleur qui peut être induite par les soins, elle peut être physique ou psychique. Vraiment. Après ça dépend de ce que vit la personne, vraiment de sa situation. Mais effectivement, on peut aussi créer de la douleur aussi. Elle peut être créée à la suite d'une opération ou elle peut être aussi induite par un soin infirmier. Si jamais, par exemple, on refait un pansement, et que la personne on a pas suffisamment anticipé et que la personne est douloureuse pendant le soin, ça c'est une douleur induite, on provoque une douleur. Et psychique, si jamais on est pas suffisamment aussi dans le prendre en soin, la personne peut se sentir humilié, se sentir pas du tout confortable.

ESI : Oui, quand on l'écoute pas ou qu'on la prend pas en considération ?

IDE : Voilà, qu'on a pas de considération, qu'on l'écoute pas suffisamment. Voilà.

ESI : Ok.

IDE : L'écoute active est une part très importante dans le domaine de la douleur.

ESI : Oui et dans le prendre en soin aussi, écouter.

IDE : Oui.

ESI : Par rapport à la perception, l'évaluation de la douleur, qu'est-ce qui serait pour toi les éléments qui entrent en compte dans l'analyse de la douleur ?

IDE : Et bien, déjà, ça va être des supports, ça va être des moyens d'évaluation comme l'algoplus, les échelles, prendre le support adapté, l'évaluation de la douleur. Ensuite, est-ce qu'on connaît ou pas la personne. Voilà. Est-ce que la personne est déjà sous antalgiques ou pas.

ESI : Oui, puis aussi ne pas minimiser la douleur s'il est sous antalgiques.

IDE : Oui, voilà. Évaluer l'efficacité des médicaments, est-ce qu'il faut passer à un palier au-dessus, est-ce qu'elle est déjà sous traitement, ça c'est important. Et puis prendre en compte aussi le côté psychique de la personne. Voilà. Bien dissocier douleur, anxiété, bien faire la part des choses. Voilà.

ESI : C'est bien. Est-ce que tu penses que la douleur pendant un soin, elle va être prévenue et évaluée de la même façon par les infirmiers, par n'importe quel infirmier ? Est-ce que c'est perçu et évalué de la même manière ?

IDE : Pendant un soin ?

ESI : Oui, par exemple : une infirmière d'un service de médecine avec une infirmière libérale, est-ce qu'elle perçoit, évalue de la même manière la douleur ?

IDE : Je pense que oui ... Aussi si jamais on connaît un petit peu la personne, aussi, on va pouvoir, ça va être un peu plus subjectif, mais on va avoir un élément supplémentaire pour évaluer le degré de la douleur.

ESI : Oui.

IDE : Je sais pas, je crois que j'ai pas répondu à ta question ...

ESI : Si donc ducoup en fait on évalue pas tous de la même façon la douleur ?

IDE : Ah non, c'est complètement, c'est pour ça que c'est important d'utiliser des grilles, parce qu'après effectivement l'évaluation est aussi subjective. Il y a une part de soi forcément. Voilà, je pense que ce qui est important c'est de ne pas porter de jugement sur justement le degré de la douleur et nous de faire un constat, d'avoir les éléments, et puis de transmettre au médecin.

ESI : Oui, de bien prendre en compte la douleur de la personne.

IDE : Voilà, c'est ça.

ESI : Ne pas minimiser la douleur.

IDE : Non, non, surtout pas minimiser, être bien à l'écoute, si la personne vous dit qu'elle a mal, elle a mal quoi.

ESI : Oui. Quel serait pour toi les facteurs qui pourraient influencer ma perception de la douleur de ta perception de la douleur ?

IDE : Alors déjà, tu peux être influencée par l'équipe, par tout ton environnement. Je trouve que c'est un facteur qui est important. Ensuite, tu peux être influencé par la douleur en fonction de ton propre vécu : est-ce que tu as déjà eu mal, est-ce que tu sais ce que ça fait d'avoir très mal, est-ce que tu as une sensibilité à la douleur, c'est par rapport à ton expérience à toi, est-ce que tu as des gens dans ta famille qui ont souffert qui on eu mal et puis ta capacité à te mettre à la place de l'autre.

ESI : Oui.

IDE : Te dire, voilà, cette dame à une douleur à 7 et moi quand j'ai une douleur à 7 qu'est-ce que je souhaite quoi, bah c'est qu'on te soulage immédiatement parce que c'est insupportable, c'est insupportable.

ESI : Oui. Puis il y a des personnes qui veulent se protéger aussi de la douleur. On dit une douleur à 7 et au contraire elle minimise la douleur.

IDE : Oui ! Il y en a aussi tout à fait ! Il peut y avoir des douleurs qui sont des indicateurs de quelque chose de très grave. Une douleur abdominale que quelqu'un va minimiser ou une douleur au niveau de la poitrine, il va dire "oh bah c'est pas grave". Oui oui, la douleur c'est à prendre très au sérieux en fait. C'est vraiment à prendre très au sérieux. Et puis, parfois il faut prendre un petit peu de recul en fonction de la personne, de la situation. Par exemple, à la maison de retraite, quand il y avait une personne qui avait du mal, qui était démente, qui se disait douloureuse et bien effectivement on peut se donner un petit temps de recul pour essayer d'évaluer. Voir si effectivement, déjà avec un pallier 1, avec un doliprane si déjà ça soulage et puis savoir si la douleur est vraiment récurrente, parce qu'il y a en certains qui vont avoir très mal et en fait deux heures après il n'y a plus rien. Il y en a qui ont des doliprane au long cours qui ne sert plus à rien du tout. Ca c'est très important aussi de refaire des évaluations, parce que le doliprane c'est pas très bon pour l'organisme quand même.

ESI : Oui, et puis il y a des risques de toxicité à long terme.

IDE : Ah oui, bah bien sûr. Et puis si tu en as plus besoin autant le garder quand à nouveau tu en auras besoin parce que sinon après ça ne fait plus rien.

ESI : C'est sûr, c'est vrai. Est-ce que pour toi tu as des situations douloureuses qui seraient plus difficiles que d'autres à gérer ?

IDE : Pour moi ?

ESI : Oui.

IDE : Pas forcément, non. Pour moi ce serait les enfants, je pense.

ESI : Pas de raisons particulières ?

IDE : C'est par rapport à mon fils, à notre vécu, par rapport à la maladie, à tout ça. Après, il n'y a pas de situation. Après je dis pas que c'est pas difficile de gérer un décès, des situations d'urgence mais ça va c'est quand même surmontable, ça fait partie de notre travail. Pour l'instant, j'ai toujours réussi à prendre le recul nécessaire pour ne pas être trop blessée, trop atteinte.

ESI : Oui, puis il faut se protéger.

IDE : Oui, oui.

ESI : Pk. Donc là ça va être deux questions plus sur le prendre en soin des personnes. Est-ce que tu connais des outils ou des formations pour les soignants par rapport à la douleur qui existent ?

IDE : Je sais qu'il y a un DU douleur.

ESI : Oui.

IDE : Qui se fait à ***** d'ailleurs je crois. Mais après c'est tout. Le DU Douleur.

ESI : Ok. pas d'outils spécifiques ou de formations ?

IDE : Non, non, j'en connais pas d'autres.

ESI : Là, on est en libéral, mais en EHPAD, est-ce que tu pensais être suffisamment formée et informée sur la prise en charge de la douleur ?

IDE : Oh bah j'aurai pu refaire une formation, c'est sûr. Mais à la fois avec l'expérience et les années, on essayait d'être vraiment à l'écoute et de réagir comme il le fallait. J'étais très alerte.

ESI : Donc assez bien préparée à prendre en charge la douleur ?

IDE : Voila oui.

ESI : Ok, ok. Est-ce que tu as des choses à ajouter ?

IDE : Non je ne crois pas. C'est aussi qu'on veuille ou pas, la douleur aussi il y a une part un petit peu d'intuition. Je disais tu fais un constat etc, la personne a mal. De temps en temps, comme l'évaluation

de la douleur pour chacun, c'est complètement subjectif, tu vas être gênée. Si jamais, par exemple, le médecin est passé la veille, qu'il a mis ce qu'il fallait etc et que toi tu dois le rappeler le jour même, il faut vraiment que tu aies des arguments, tu vois ? Et là, c'est toi qui sens si vraiment la personne a besoin et tant pis, tu déranges le médecin si il y a besoin.

ESI : Oui on perçoit différemment, on réévalue la douleur.

IDE : Oui. Je trouve qu'il faut écouter son ressenti. Moi je sais qu'en se mettant beaucoup à la place de l'autre, tu dis que c'est toi qui est à la place de l'autre, c'est toi qui a mal et ça ça te fait assez dynamique pour pas être passif par rapport à la douleur.

ESI : Oui.

IDE : Tu vois ? Et puis même si tu te trompes, tu as le droit de re-questionner un médecin. Moi j'étais pas passive. C'est un sujet très important. Ça fait vraiment partie, je trouve qu'on peut pas laisser souffrir les gens, c'est pas possible. Mais pour ça parfois faut du courage. Il faut que tu déranges le chirurgien au bloc alors que tu sais qu'il est débordé, alors que tu sais que tu l'as eu le matin, qu'il a déjà fait tout ce qu'il fallait. Donc faut y faire face, il faut y aller ! Et faut pas avoir peur, il faut penser au patient. Tu te dis je vais me faire passer pour une "****", c'est souvent ça, tu t'en fiches. Même si toi, quelque part, après il veut rien donner de plus, c'est pas grave... mais si tu avais eu raison.. Voila. Je pense à la personne et j'y vais.

ESI : Oui, puis des douleurs minimales peuvent devenir des douleurs ...

IDE : Oui, et puis nous en EHPAD, on sollicitait beaucoup les médecins pour les week-end, les fins de vie avant qu'il n'y ai le relais HAD pour avoir les prescriptions anticipées parce qu'on laisse pas quelqu'un souffrir surtout quand c'est le week-end que tu n'as pas la possibilité d'avoir un médecin, que c'est aussi un médecin de garde qui va passer et qui ne connais pas la personne. Tandis que là, ça va être le médecin traitant qui va faire une prescription, parce que les médecins de garde le week-end ils vont hésiter à mettre sous morphine.

ESI : Ok.

IDE : Sinon, nous on avait souvent des prescriptions anticipés pour un 5mg de morphine ou un patch, ducoup on avait ce qu'il fallait pour soulager la personne en anticipé. Et c'est toi qui applique, la personne tu la connais bien, tu as suivi sa douleur toute la semaine donc tu sais bien. Donc si tu vois

qu'elle passe un palier supérieur et qu'elle a mal et bien tu as l'ordonnance et tu as le droit d'appliquer et tu lui donnes ce qu'il faut, de l'acupan de la morphine ... Mais ça, il faut y penser avant !

ESI : Oui, il faut anticiper la douleur en fait ?

IDE : Oui, il faut anticiper la douleur. Puis parfois avec les médecins, par exemple, il y en a qui partait en examen et parfois ça pouvait arriver que tu demandes soit un antalgique soit un anxiolytique pour vraiment que la personne se détend avant de partir. Le rôle infirmier c'est ça aussi, tu vois. Et après quand tu vas travailler à l'hôpital avec les médecins c'est toi qui va aller demander beaucoup parce que c'est toi qui va être avec la personne.

ESI : Oui, qui va évaluer, percevoir sa douleur .

IDE : Voilà, c'est ça. Elle souffrira vraiment le martyr donc c'est toi qui va prendre ton téléphone, qui va re-déranger le médecin. Il va peut être t'envoyer bouler, tu t'en fou, il faut dans ce cas la que tu t'oublies quoi Parce que souvent on se demande : est-ce que j'appelle, j'appelle pas. Il y a pleins de situations en EHPAD, est-ce que je dérange ou est-ce que je dérange pas le médecin, parce que tu le déranges pendant ces consultations.

ESI : Oui.

IDE : Oui puis dans pleins de cas de figure, on se dit est-ce que t'appelles ou t'appelles pas. Et parfois, tu te dis qu'il faut mieux appeler pour rien. Après, il faut la confiance du médecin aussi, si tu l'emmerde et tu l'harcèle tout le temps tu vois. L'action de l'infirmière est hyper importante.

ESI : Oui c'est sûr.

Annexe V : Retranscription de l'entretien n°2

ESI : l'étudiante en soins infirmiers = l'interviewer

IDE : l'infirmière = l'interviewée

ESI : Ça serait pour te présenter : ton âge, ton parcours, ton expérience.

IDE : J'ai 42 ans, je suis infirmière diplômée depuis 2003, donc 20 ans cette année, déjà, j'ai pas l'impression, pas du tout, pas du tout. Mon expérience professionnelle, alors, j'ai beaucoup beaucoup tourné. J'ai fait mes études en région ***** à ***** exactement, j'ai travaillé là-bas en chirurgie générale, en chirurgie ambulatoire. J'ai été deux ans chez les blessés médullaires à *****.

ESI : Ok.

IDE : Un grand centre de rééducation. Et puis, je suis revenue en ***** , où là j'ai intégré l'hôpital de ***** , puisque je suis originaire de là-bas. J'ai fait aussi deux trois petites missions dans les cliniques qu'il y avait, dans les services de gynécologie aussi. Mais voilà, en intégrant l'hôpital de ***** , le centre hospitalier du ***** maintenant je crois, et bien ça m'a permis d'avoir encore une autre expérience. J'ai fait un peu les urgences, j'ai intégré un pool de pôle ils appelaient ça où j'ai fait de l'hépatogastro, de la dig, de l'oncologie et de l'hématologie et j'ai fait de la chirurgie orthopédique et j'ai fini par faire de la chirurgie digestive.

ESI : Oui, un peu toutes les spécialités.

IDE : Oui, j'aimais beaucoup beaucoup la chirurgie, beaucoup. Voilà, beaucoup beaucoup. Par la force des choses car de moi-même je n'aurai jamais été en hémato, j'aurai jamais fait de l'oncologie non plus et j'aurai jamais fait de l'hépatogastro.

ESI : Pleins d'expériences !

IDE : Ouai, après tu vas pas en profondeur, parce que tu as pas le temps. Mais en tout cas dans les gestes et dans mon expérience on va dire ça peut me créer des lumières des fois en mode ça j'ai déjà vu. Et j'ai quitté ***** pour arriver à ***** en 2012, oui c'est ça. Où là j'ai été un petit peu voir ce qu'il se passait à ***** *****.

ESI : Ok.

IDE : Je suis plutôt orienté vers *****, vers la chirurgie encore. J'ai intégré ***** et j'ai fini par le pôle ***** *****, depuis vraiment 2013.

ESI : Ah oui, donc ça fait un bon moment quand même ! Ça fait 10 ans !

IDE : Oui, 2013 l'année où j'ai eu ma fille, et j'ai eu un CDI que un peu plus tard.

ESI : Ok, donc en CDI à ***** *****, pour l'instant.

IDE : CDI depuis 2015-2016, pas avant, ça doit être ça à peu près, voilà.

ESI : Ok, et est-ce que tu as des formations complémentaires au diplôme d'infirmière ?

IDE : Oui, j'ai un DU douleur.

ESI : Ok.

IDE : Voilà, j'ai eu mon DU douleur, il y a maintenant deux ans.

ESI : Ok.

IDE : Et puis toutes les petites formations qu'on peut faire à côté mais voilà c'est surtout un diplôme universitaire que j'ai en plus.

ESI : Ok, et bah ducoup, moi sur mon mémoire, sur ma première partie c'est sur la douleur, et ducoup je voulais savoir qu'est-ce que pour toi la douleur ?

IDE : Qu'est-ce que pour moi la douleur ...

ESI : Oui.

IDE : C'est pas facile.

ESI : Non, c'est pas une question facile.

IDE : Même moi qui est mon DU, et qui suis parmi le CLUD, et qui suis infirmière ressources du pôle, la décrire comme ça ... Bah déjà, le mot est bien choisi dans ton sujet de mémoire. C'est une perception la douleur, c'est vraiment individuel. La douleur permet un diagnostic. La douleur est propre à chacun, comme je te disais indirectement, individuelle. Ça dépend de son histoire. Bon là c'est pas vraiment une vraie description de la douleur quand je te dis tout ça.

ESI : Ok. La douleur peut être propre à chacun ?

IDE : De son histoire, de l'âge, du sexe, du pays d'origine aussi. On a pas du tout la même perception d'un pays à un autre. Voilà, quelques mots.

ESI : C'est très bien. Et pour toi, qu'est-ce qui caractériserait la douleur induite par les soins ? Qu'est-ce que la douleur induite par les soins ?

IDE : Bah c'est une douleur provoquée par les soins.

ESI : Oui.

IDE : Tout simplement, tout est dit dans ta phrase en fait. La douleur induite par les soins, qu'est-ce que c'est ? Bah c'est tout les gestes qu'on peut faire intrusif. Qu'est-ce que c'est ? C'est une pose d'une sonde à demeure, c'est un pansement, une réfection de pansement, c'est une pose de cathéter, une prise de sang.

ESI : Ok, donc la douleur elle est présente partout ?

IDE : Oui. C'est une manipulation, une mise au fauteuil ... Bon, là, je te parle spécifiquement de ce que je vis au quotidien mais une mise au fauteuil, une toilette peut provoquer une douleur car c'est un soin. Toutes manipulations dès qu'on peut toucher à la personne, ça peut être une source de douleur. Toutes les injections qu'on peut faire. Voilà.

ESI : Oui c'est sûr. Et sur du coup la perception. Donc là, ça va être plus particulièrement sur l'analyse de la douleur. Quels seraient les éléments qui entrent en compte dans l'analyse de la douleur ?

IDE : Bah l'évaluation de la douleur avec les échelles.

ESI : Oui.

IDE : Bah voilà, c'est ça, c'est comme ça qu'on va savoir.

ESI : Au quotidien, ici, c'est quelles échelles pour analyser la douleur ?

IDE : Donc alors, il y en a plusieurs mais c'est surtout l'échelle numérique qu'on va utiliser.

ESI : Ok.

IDE : À partir du moment où la personne est communicante, qu'elle comprend, qu'elle n'a pas de troubles cognitifs, échelle numérique.

ESI : Ok.

IDE : Après, on va utiliser l'EVA, l'échelle des visages, l'EVS. Nous jusque-là on utilisait ce qu'on appelle l'ECPA. L'ECPA c'est une échelle des non communicants puisqu'on a une unité de post-réa donc ça nous servait aussi pas mal à évaluer, mais là on va partir sur de l'Algoplus beaucoup plus simple.

ESI : Ok, ok. Est-ce que tu penses que par exemple, s'il y a plusieurs infirmiers la douleur elle va être prévenue et évaluée de la même façon par tous les infirmiers ?

IDE : Non, bah non. Ce qu'il faut en fait, ce que j'ai appris lors de mon DU, puisqu'on rentre plus dans le détail. Un de nos intervenants nous disait, que pour qu'il y est exactement, il faut que se soit déjà la même échelle et la même personne. Ça serait vraiment le top du top mais non on n'est pas toujours là. Mais déjà d'utiliser la même échelle, il faut que l'échelle soit commune pour pouvoir l'évaluer au mieux. Oui, mais quand tu dis ta question, oui chacun ...

ESI : Perçoit différemment la douleur ...

IDE : Exactement, exactement. Et c'est le travail d'équipe, et c'est pour ça qu'on est en équipe. C'est que une personne va voir différemment, chacun va donner aussi sa perception et c'est ça qui est enrichissant dans une équipe.

ESI : Oui et puis ça nous apporte toujours quelque chose de voir une autre vision.

IDE : Oui ! Une autre vision, une autre perception. Moi qui ai mon DU, je vais peut-être percevoir différemment les choses. Quand je dis DU c'est un grand mot, c'est juste un diplôme, mais l'expertise

de tous les jours c'est là la plus grande expérience.

ESI : Oui.

IDE : Voilà, c'est enrichissant.

ESI : Et ducoup pour toi, la perception est différente à chacun, est-ce que pour toi il y a des facteurs qui influenceraient cette perception ? Par exemple des émotions, on se met des barrières ...

IDE : Le vécu ! L'histoire du soignant, le vécu du soignant, l'expérience du soignant : personnelle et professionnelle.

ESI : Ok. Là, c'est une question un peu plus sur ton expérience ducoup. Est-ce que tu as déjà eu des situations qui étaient plus difficiles à gérer niveau douleur ?

IDE : Oh oui !

ESI : Si tu veux en parler ou pas ?

IDE : Bah oui j'en ai eu pleins !

ESI : Et pourquoi elles étaient difficiles ducoup ?

IDE : Difficile parce que parfois on se sent impuissant.

ESI : Ok.

IDE : On se sent impuissant, pas écouté par nos supérieurs. Nous on peut dire bah non il a très mal, il souffre et en face on ne nous entend pas, tout simplement. Après, des expériences, j'en ai pas là parce que j'en ai vécu plein en fait. T'en raconter une comme ça, une expérience douloureuse qui m'a marquée ... il y en a tellement...

ESI : Ou des situations au quotidien qui seraient plus difficiles à gérer pour la douleur. Que si tu en as en tête, sinon c'est pas très grave.

IDE : Ce qui peut être difficile c'est les douloureux chroniques, les situations quand en fait quand on ne le sait pas, un douloureux chronique n'est pas toujours à 0 en douleur. Ou alors un douloureux

chronique, si on vient tous les jours lui demander combien il a, il va toujours vous dire 7, souvent.

ESI : Ok, ok.

IDE : Ou 6 ou 5, ça sera toujours la même chose. Ducoup, il faut savoir distinguer si ça va ou si ça ne va pas, si c'est un 7 plus ou un 7 moins. Voilà, se sont des situations qui sont difficiles, des expériences professionnelles qui peuvent être difficiles dans le traitement de la douleur. Le douloureux chronique. Après, la douleur aiguë, on n'en fait quand même beaucoup en chirurgie.

ESI : Ok, ça serait de la douleur plus induite par les soins en chirurgie, si on refait des pansements etc ?

IDE : Non parce qu'on a quand même et on avait quand même ce qu'il fallait.

ESI : Ok.

IDE : Non, non, non non, on avait quand même des traitements, on avait l'anesthésiste qui nous donnait ce qu'il fallait mais il y a des fois ils étaient pas assez soulagés en fait. Et je pense que des fois, la non expérience, on fait "non mais non non il à déjà eu, on va pas lui en remettre en plus" et bien si, et bien si on peut, et ça c'est quand on est peut être en manque d'expériences professionnelles, on n'ose pas, on dit "bah non, c'est bon" et en fait on se rend compte que non non on peut faire plus.

ESI : Oui.

IDE : J'ai pas du tout la même perception de la douleur au début de mon diplôme que là à 20 ans d'expériences.

ESI : Oui, avec l'expérience ...

IDE : L'expérience !

ESI : Ça affine la perception ?

IDE : Oui, je pense oui ! Oui, oui je pense que ça affine. L'expérience, la formation, je pense que ça affine.

ESI : Oui, puis c'est important de se former sur la douleur, dans tout.

IDE : Dans tous les domaines mais la formation aussi, c'est pour ça que les CLUDs existent aussi, c'est pour ça qu'il y a des personnes expertes, c'est avec eux qu'on apprend.

ESI : Oui. Puis c'est toujours intéressant d'avoir des connaissances sur ça. Et bien ducoup justement sur le prendre en soin, est-ce que tu connais des outils ou des formations soignantes par rapport à la douleur ?

IDE : Tu as dit quoi avant, le prendre en soin ? Non ça n'a rien avoir ?

ESI : Donc en fait, c'est sur la dernière partie de mon mémoire, c'est sur le prendre en soin de la douleur.

IDE : Oui.

ESI : Et ducoup, c'est pour savoir si toi en tant qu'infirmière tu connais des formations ou des outils par rapport à la douleur ?

IDE : Et bien, il y a les DU douleur, tout les congrès SFETD ... Répètes la question encore une fois ?

ESI : Est-ce que vous connaissez des outils, des formations soignantes par rapport à la douleur .

IDE : Oui, oui. Alors des formations comme je te disais le DU, les congrès et ducoup les outils et bah c'est toutes les échelles d'évaluation qu'on peut trouver.

ESI : Ok, et ducoup la dernière question ça va être : est-ce que tu penses qu'on est suffisamment formé et informé sur la douleur, sur la prise en charge de la douleur ?

IDE : Oui, moi je pense. Je pense mais après moi je dis ça mais je suis dedans donc voilà. Mais pour moi oui. C'est à chacun ou en tout cas c'est aux comités, aux membres du CLUD dans les établissements qui va nous permettre aussi d'être informé. Je pense que c'est ça aussi, c'est important.

ESI : Oui

IDE : C'est important d'avoir je trouve des experts, des infirmiers ressources dans les établissements parce que c'est avec eux que ça véhicule les informations. Il n'y a pas que les formations, oui c'est très bien les formations mais les informations en disant et bien ça a évolué, proposer de nouvelles

thérapies. Là par exemple au pôle ***** *****, on a mis en place depuis peu le casque de réalité virtuelle.

ESI : Ok.

IDE : Pour justement les douleurs induites par les soins.

ESI : Ok, ça permet de mieux gérer la douleur par les patients ?

IDE : Et, c'est un traitement non médicamenteux. Donc, voilà, c'est vraiment la réalité virtuelle qui peut aider à soulager la douleur.

ESI : Ok, c'est intéressant. Est-ce que toi tu aurais des choses à rajouter ou à faire part sur la douleur ?

IDE : Je pense pas qu'il faut la minimiser. Je pense que vraiment dans notre prise en charge globale du soin, il faut à chaque fois se dire: est-ce que je fais mal, est-ce que je vais faire mal, qu'est-ce que je peux faire pour pas avoir mal.

ESI : Ok.

IDE : On est pas obligé d'utiliser des traitements médicamenteux pour soulager les patients, ou en tout cas pour réduire la douleur s'il y en a une. Il y a des choses qui existent, il y a la communication, par exemple la communication active, la communication verbale, distractive qu'on va appeler aussi lors d'un soin. Parce que le patient ne se focalise pas sur son soin, il va se focaliser sur la communication qu'on a.

ESI : Ok je vois, au mieux de regarder par exemple s'il y a une prise de sang, on va lui parler comme ça il ne se rend pas compte de ce qu'on va faire ?

IDE : Exactement, exactement.

ESI : C'est comme une thérapie ?

IDE : Oui, c'est une communication distractive et ça permet vraiment que le patient se focalise sur autre chose, sur ta voix, sur ce qu'il va raconter. Rien que de dire quand on va faire la prise de sang du matin "bonjour, ça a été votre nuit, ça va ?". Après, quand on est non expérimenté ou jeune diplômé, cette communication distractive on l'a pas toujours, parce qu'on est concentré sur son soin et

moi-même qui ai 20 ans d'expérience il y a des soins je ne parle pas parce que j'ai besoin d'être concentré parce que ce n'est pas quelque chose que je fais tous les jours et d'habitude voilà. Donc bah on met de la musique, la radio ..

ESI : On trouve d'autres méthodes pour distraire ?

IDE : Exactement, puis s'il y a un collègue aide-soignant qui peut venir avec nous et qui connaît aussi bien mieux le patient que moi et bien voilà ça peut être une solution, vraiment ça. Voilà des petites techniques, des petites choses.

Annexe VI : Tableaux d'analyse des entretiens

NOIR : entretien 1 (IDE 1)

BLEU : entretien 2 (IDE 2)

Objectif n°1 : Savoir qu'est-ce que la douleur en distinction de qu'est-ce que la douleur induite par les soins pour les soignants

La douleur				
Description de la douleur	Description de la douleur induite par les soins	Prise en charge de la douleur		
		Rôle infirmier		Patient
		Attitude	Expérience pro	
<ul style="list-style-type: none"> - peut être plus ou moins forte - récurrente - physique ou psychique - peut y avoir des douleurs qui sont des indicateurs de quelque chose de très grave 	<ul style="list-style-type: none"> - douleur provoquée par les soins - c'est tout les gestes qu'on peut faire intrusif - C'est une pose d'une sonde à demeure, c'est un pansement, une réfection de pansement, c'est une pose de cathéter, une prise de sang 	<ul style="list-style-type: none"> - à prendre très au sérieux - c'est dans le rôle infirmier - c'est vraiment notre rôle - la douleur c'est à prendre très au sérieux en fait 	<ul style="list-style-type: none"> - Après, quand on est non expérimenté ou jeune diplômé, cette communication distractive on l'a pas toujours, - moi-même qui ai 20 ans d'expérience il y a des soins je ne parle pas 	<ul style="list-style-type: none"> - vivent avec la douleur tous les jours - dépend de ce que vit la personne, vraiment de sa situation. - il y en a certains qui vont avoir très mal et en fait deux heures après il n'y a plus rien. Il y en a qui ont des doliprane

<ul style="list-style-type: none"> - C'est pas facile - mot est bien choisi - perception la douleur - c'est vraiment individuel - douleur permet un diagnostic - a douleur est propre à chacun - individuelle - dépend de son histoire - c'est pas vraiment une vraie description de la douleur quand je te dis tout ça 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est une manipulation, une mise au fauteuil - une mise au fauteuil, une toilette peut provoquer une douleur car c'est un soin - Toutes manipulations dès qu'on peut toucher à la personne, ça peut être une source de douleur. Toutes les injections qu'on peut faire 	<ul style="list-style-type: none"> - peut pas laisser souffrir les gens, c'est pas possible. - qu'on l'écoute pas suffisamment - L'écoute active - on a pas de considération - prendre en compte aussi le côté psychique de la personne - c'est de ne pas porter de jugement - être bien à l'écoute - parfois faut du courage 	<ul style="list-style-type: none"> - j'ai besoin d'être concentré parce que ce n'est pas quelque chose que je fais tous les jours et ducoup voilà 	<p>au long cours qui ne sert plus a rien du tout.</p>
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Et faut pas avoir peur, il faut penser au patient - Je pense à la personne et j'y vais - Non, non, surtout pas minimiser - il faut anticiper la douleur - tu t'oublies quoi - qu'il faut mieux appeler pour rien - Et psychique, si jamais on est pas suffisamment aussi dans le prendre en soin, la personne peut se sentir humilier, se sentir pas du tout confortable.		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- J'étais très alerte.- faire tout le possible pour que les gens soient soulagés.- être très très à l'écoute- Je pense pas qu'il faut la minimiser- Je pense que vraiment dans notre prise en charge globale du soin, il faut à chaque fois se dire: est-ce que je fais mal, est-ce que je vais faire mal, qu'est-ce que je peux faire pour pas avoir mal.- a communication active, la communication verbale, distractif		
--	--	---	--	--

		- c'est une communication distractive et ça permet vraiment que le patient se focalise sur autre chose,		
--	--	--	--	--

Objectif n°2 : Savoir quels sont les éléments qui entrent en compte dans **l'analyse de la douleur** pour les infirmiers

Éléments rentrant en compte dans l'analyse de la douleur	
Éléments matériels	Éléments soignants
<ul style="list-style-type: none"> - ça va être des supports - important d'utiliser des grilles - des moyens d'évaluation comme l'algoplus - échelles - prendre le support adapté - l'évaluation de la douleur avec les échelles 	<ul style="list-style-type: none"> - l'évaluation de la douleur - est-ce qu'on connaît ou pas la personne - si jamais on connaît un petit peu la personne - Est-ce que la personne est déjà sous antalgiques ou pas. - Évaluer l'efficacité des médicaments

<ul style="list-style-type: none"> - il y en a plusieurs mais c'est surtout l'échelle numérique - À partir du moment où la personne est communicante, qu'elle comprend, qu'elle n'a pas de troubles cognitifs, échelle numérique - on va utiliser l'EVA, l'échelle des visages, l'EVS - L'ECPA c'est une échelle des non communicants - l'Algoplus beaucoup plus simple 	<ul style="list-style-type: none"> - la personne tu la connais bien, tu as suivi sa douleur toute la semaine donc tu sais bien. - un collègue aide-soignant qui peut venir avec nous et qui connaît aussi bien mieux le patient que moi et bien voilà ça peut être une solution
--	---

Objectif n°3 : Savoir si la douleur va être perçue et évalué de la même manière par n'importe quel infirmier et quels seraient les facteurs influençant

Facteurs influençant la perception et évaluation de la douleur					
Subjective / Individuelle	Attitude soignante	Matériels	Expérience professionnelle	Environnement	Vécu
<ul style="list-style-type: none"> - ça va être un peu plus subjectif - l'évaluation est aussi subjective 	<ul style="list-style-type: none"> - même si tu te trompes, tu as le droit de re-questionner un médecin. Moi j'étais pas passive 	<ul style="list-style-type: none"> - faut que se soit déjà la même échelle et la même personne. 	<ul style="list-style-type: none"> - avec l'expérience et les années, on essayait d'être vraiment à l'écoute et de réagir comme il le fallait. 	<ul style="list-style-type: none"> - peut être influencée par l'équipe, par tout ton environnement. - c'est le travail d'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - tu peux être influencé par la douleur en fonction de ton propre vécu

<ul style="list-style-type: none"> - il y a une part de soi forcément - la douleur aussi il y a une part un petit peu d'intuition - comme l'évaluation de la douleur pour chacun, c'est complètement subjectif - faut écouter son ressenti - c'est toi qui sens si vraiment la personne a besoin et tant pis, tu déranges le médecin si il y a besoin - On a pas du tout la même perception d'un pays à un autre 	<ul style="list-style-type: none"> - en se mettant beaucoup à la place de l'autre, tu dis que c'est toi qui est à la place de l'autre, c'est toi qui a mal et ça ça te fait assez dynamique pour pas être passif par rapport à la douleur. - c'est toi qui va aller demander beaucoup parce que c'est toi qui va être avec la personne. - nous de faire un constat, d'avoir les éléments, et puis de transmettre au médecin. - si la personne vous dit qu'elle a mal, elle a mal quoi. 	<ul style="list-style-type: none"> - déjà d'utiliser la même échelle, il faut que l'échelle soit commune pour pouvoir l'évaluer au mieux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moi qui ai mon DU, je vais peut-être percevoir différemment les choses - l'expérience du soignant : personnelle et professionnelle. - la non expérience, on fait "non mais non non il à déjà eu, on va pas lui en remettre en plus" et bien si, et bien si on peut, et ça c'est quand on est peut être en manque d'expériences professionnelles, on n'ose pas, on dit "bah non, c'est bon" et en fait on se rend compte que non non on peut faire plus. - mais l'expertise de tous les jours, c'est là la plus grande expérience. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est que une personne va voir différemment, chacun va donner aussi sa perception et c'est ça qui est enrichissant dans une équipe. - Une autre vision, une autre perception. 	<ul style="list-style-type: none"> - est-ce que tu as déjà eu mal, est-ce que tu sais ce que ça fait d'avoir très mal, est-ce que tu as une sensibilité à la douleur, c'est par rapport à ton expérience à toi, est-ce que tu as des gens dans ta famille qui ont souffert qui on eu mal - moi quand j'ai une douleur à 7 qu'est-ce que je souhaite quoi, bah c'est qu'on te soulage immédiatement parce que c'est insupportable, c'est insupportable. - Le vécu ! - L'histoire du soignant, - vécu du soignant,
--	--	--	--	--	---

<p>- Non, bah non</p> <p>-c'est enrichissant</p> <p>- il faut savoir distinguer si ça va ou si ça ne va pas</p> <p>- On est pas obligé d'utiliser des traitements médicamenteux pour soulager les patients, ou en tout cas pour réduire la douleur s'il y en a une.</p> <p>- De son histoire, de l'âge, du sexe, du pays d'origine aussi.</p> <p>- Oui, mais quand tu dis ta question, oui chacun ...</p> <p>- Exactement, exactement</p>	<p>- ta capacité à te mettre à la place de l'autre.</p>		<p>- J'ai pas du tout la même perception de la douleur au début de mon diplôme que là à 20 ans d'expériences.</p> <p>- L'expérience !</p> <p>- Oui, oui je pense que ça affine. L'expérience, la formation, je pense que ça affine.</p>		
---	---	--	---	--	--

Objectif n°4 : Exposer le vécu des infirmiers face à des situations douloureuses

Situations douloureuses	
Dans notre travail	Vécu du soignant
<ul style="list-style-type: none">- je dis pas que c'est pas difficile de gérer un décès, des situations d'urgence- ça va c'est quand même surmontable,- partie de notre travail.- Oh oui !- Bah oui j'en ai eu pleins !- Après, des expériences, j'en ai pas là parce que j'en ai vécu plein en fait.- ... il y en a tellement...- difficile c'est les douloureux chroniques,	<ul style="list-style-type: none">- Pour moi ce serait les enfants,- par rapport à la maladie,- j'ai toujours réussi à prendre le recul nécessaire pour ne pas être trop blessée, trop atteinte.- Difficile parce que parfois on se sent impuissant.- On se sent impuissant,- pas écouté par nos supérieurs- en face on ne nous entend pas, tout simplement.

- se sont des situations qui sont difficiles, des expériences professionnelles qui peuvent être difficiles dans le traitement de la douleur

Objectif n°5 : Connaître si les infirmiers sont suffisamment formés et informés sur la notion de douleur et sa prise en charge

Formation et informations des professionnels sur la douleur et sa prise en charge			
Formations		Informations	
Formations obtenues	Connaissances sur les formations disponibles	Informations transmises	Rôle informatif
<ul style="list-style-type: none"> - j'aurai pu refaire une formation, - j'ai un DU douleur. - j'ai eu mon DU douleur, il y a maintenant deux ans. - diplôme universitaire que j'ai en plus. 	<ul style="list-style-type: none"> - sais qu'il y a un DU douleur. - Non, non, j'en connais pas d'autres. - Mais après c'est tout. Le DU Douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oui, moi je pense. - on avait quand même ce qu'il fallait. - Il n'y a pas que les formations, oui c'est très bien les formations mais les informations en disant et bien ça a évolué, proposer de nouvelles thérapies. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est à chacun ou en tout cas c'est aux comités, aux membres du CLUD dans les établissements qui va nous permettre aussi d'être informé. - des experts, des infirmiers ressources dans les établissements parce que c'est avec eux que ça véhicule les informations.

<ul style="list-style-type: none">- parmi le CLUD- infirmière ressources du pôle- c'est pour ça que les CLUDs existent aussi,- qu'il y a des personnes expertes	<ul style="list-style-type: none">- puis toutes les petites formations qu'on peut faire à côté- les DU douleur, tout les congrès SFETD- Oui, oui.- des formations comme je te disais le DU, les congrès et ducoup les outils et bah c'est toutes les échelles d'évaluation qu'on peut trouver.		<ul style="list-style-type: none">- c'est avec eux qu'on apprend.
--	---	--	---

GOAZIOU Stella

La perception de la douleur dans un contexte de douleur induite par les soins

Pain induced by medical procedures is a common and difficult-to-avoid reality in healthcare settings. In this context, the way in which nurses perceive their patients' pain can have a significant impact on their care. This study examines the extent to which the nurse's perception of pain influences their approach to care. Specifically, the study focuses on how nurses assess their patients' pain, how they react to this assessment, and what strategies they implement to alleviate pain induced by medical procedures. A comparison of the authors' point of view on this subject and two interviews were carried out with nurses to answer this problem. One of the two interviews was conducted with a nurse with a university degree in pain. The results indicate that the nurse's perception of pain can influence the quality of care provided, particularly in terms of pain relief and the distress experienced by patients. This research work highlights the importance of developing specific interventions aimed at improving the management of pain induced by care, and raising awareness among nurses about the importance of their knowledge and perception of pain induced by care in their patients.

Keywords : induced pain, perception, subjectivity, influencing factors, knowledges

La douleur induite par les soins est une réalité courante et difficile à éviter dans les milieux de soins. A travers ce travail de recherche, il s'agit de comprendre la manière dont les infirmières perçoivent la douleur de leurs patients dont celle induite par les soins et qui peut avoir un impact significatif sur leur prise en charge. Cette étude examine la mesure dans laquelle la perception de la douleur par l'infirmière influence le prendre en soin. Plus précisément, cette étude se concentre sur la manière dont les infirmières évaluent la douleur de leurs patients, comment elles réagissent à cette évaluation et quelles stratégies sont mises en place sur les connaissances et les informations circulant. Une comparaison du point de vue des auteurs sur ce sujet et deux entretiens ont été effectués auprès d'infirmiers pour répondre à cette problématique. Un des deux entretiens à été réalisé avec une infirmière ayant un diplôme universitaire sur la douleur. Les résultats de cette étude indiquent que la perception de la douleur par l'infirmière peut influencer la qualité des soins prodigués, notamment en termes de soulagement de la douleur et de la détresse ressentie par les patients, cette même perception étant subjective à chacun. Ce travail de recherche montre l'importance de développer des interventions spécifiques visant à améliorer la prise en charge de la douleur induite par les soins et de sensibiliser les infirmières à l'importance de leurs connaissances et de leur perception de la douleur induite par les soins de leurs patients.

Mots clés : Douleur induite, perception, subjectivité, facteurs d'influence, connaissances

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :
Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020-2023

