



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La douleur comme obstacle à l'alliance thérapeutique : exploration des méthodes alternatives



Formateur référent mémoire : LE BIHAN Christine

LE MAUFF Juliette

Formation infirmière

Promotion 2020-2023

02/05/2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'État d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

La douleur comme obstacle à l'alliance thérapeutique : exploration des méthodes alternatives

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'État 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 01/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Juliette Le Mauff

Fraudes aux examens :

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

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

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

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

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

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont entourée durant ce processus de rédaction du Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers :

Tout d'abord, je remercie ma colocataire qui m'a soutenue et accompagnée pendant des heures de travail.

Je remercie ma maman pour son aide dans la relecture et pour son inquiétude bienveillante.

Je remercie aussi mes ami.e.s de l'IFSI (Institut de formation en Soins Infirmiers) pour m'avoir motivée et accompagnée des heures à la bibliothèque universitaire. Ils ont également été de bons conseillers.

Je remercie les infirmières que j'ai pu rencontrer, elles ont été sincères, motivées et m'ont transmis de belles valeurs professionnelles.

Puis, je remercie particulièrement Christine LE BIHAN, ma référente de mémoire, pour ses conseils, pour sa positivité lors des guidances et pour m'avoir confortée dans mon travail même lorsque je me sentais perdue. Je la remercie également pour m'avoir mis en contact avec l'une des infirmières.

Sommaire

1) Introduction	1
2) Situations d'appel, vers la question de départ	2
2.1) Première situation d'appel au pôle Saint Hélier avec Mr F	2
2.1.1) Mes questionnements suscités par cette situation	3
2.2) Deuxième situation d'appel au Pôle Saint Hélier avec Mr T	3
2.2.1) Mes questionnements suscités par cette situation	4
2.3) Emergence de la question de départ	5
3) Le cadre conceptuel	6
3.1) Comprendre la douleur : une étape essentielle	6
3.1.1) Les généralités sur la douleur	6
3.1.2) Les différents types de douleur	7
3.1.3) La douleur induite par les soins	8
3.1.4) Comment évaluer la douleur ?	9
3.2) Les approches complémentaires en traitement de la douleur : une alternative à explorer	10
3.2.1) le MEOPA : une alternative prometteuse pour la gestion de la douleur	10
3.2.2) Les mécanismes d'action de l'hypnose, une nouvelle technique complémentaire	11
3.2.3) Une technologie innovatrice : la réalité virtuelle au service des soins	12
3.2.4) De nombreuses méthodes alternatives à découvrir	14
3.3) La relation entre le soignant et le patient	15
3.3.1) La communication dans la relation soignant-soigné	15
3.3.2) Exploration de la relation de confiance entre deux individus	16
3.3.3) Définition de l'adhésion aux soins	17
3.3.4) Comment instaurer une alliance thérapeutique ?	17
4) Méthodologie du recueil de données	19
4.1) Population interviewée et déroulé de l'entretien	19
4.2) Objectifs de l'entretien	19
4.3) Le bilan des entretiens	19
5) Analyse descriptive des entretiens	20
6) La discussion	23
6.1) La première rencontre : face à face avec la douleur	23
6.2) Pour combattre la douleur, je sors mes outils	24
6.3) La transparence, pour plus de confiance	26
6.4) Vers un patient acteur	28
7) Conclusion	29
Bibliographie	31
ANNEXE I : Le guide d'entretien	
ANNEXE II : La retranscription entretien n°1	
ANNEXE III : La retranscription de l'entretien n°2	
ANNEXE IV : Le tableau d'analyse	
ANNEXE V : L'abstract	

1) Introduction

Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers de fin d'étude est mené, en lien avec l'Unité d'Enseignement 3.4 "Initiation à la démarche de recherche" et 5.6 "Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles". C'est l'occasion d'explorer une problématique et d'y répondre par le biais de recherches et d'entretiens. Une réflexion est menée tout au long du processus de recherche.

En tant que futur.e.s professionnel.le.s de santé diplômé.e.s en soins infirmiers, nous serons amenés à prendre en soins des patients confrontés à la douleur. Quel que soit le type de douleur, il est de notre ressort de la prendre en compte et de la soulager de la meilleure des façons. Le bien-être des patients est primordial pour moi afin d'établir une relation de confiance et une meilleure vision des soins de la part des usagers du système de santé. Étant sensible et empathique, j'attache une importance au confort psychique et physique des personnes, d'autant plus dans les soins infirmiers qui peuvent être invasifs et douloureux.

Pour pallier ces douleurs, il faut investiguer et trouver la meilleure méthode possible et la plus adaptée à la personne prise en soin. L'émergence de nouvelles méthodes alternatives permet un vaste choix et une nouvelle approche thérapeutique. Pour la plupart non médicamenteuses, elles m'intriguent et me donnent envie d'en connaître davantage sur celles-ci afin de pouvoir les utiliser dans mon futur exercice professionnel.

Dans mon parcours de stage, j'ai pu à plusieurs reprises observer et utiliser des méthodes alternatives dans le cadre de la prise en charge de la douleur. Le service de Soins de Suite et de Réadaptation est celui dans lequel j'ai trouvé le plus de diversité. C'est pourquoi mes situations d'appel se déroulent au sein de ce service. De ces situations ont émergé plusieurs questionnements qui ont conduit à une question de départ évoquant l'adhésion aux soins de la part des patients lorsque leur douleur est prise en charge.

Dans un premier temps, je vais exposer ces situations d'appel qui ont suscité des questionnements et donc conduit à une réflexion personnelle et une question de départ.

Dans un second temps, mes recherches théoriques traitant la douleur, les méthodes alternatives puis sur la relation soignant-soigné vont s'articuler selon ce plan afin de constituer le cadre conceptuel.

Dans un troisième temps, je justifierai la méthodologie du recueil de données.

Dans un quatrième temps, je vous proposerai une analyse des entretiens menés.

Enfin, je vous parlerai de mon positionnement en traitant la discussion.

2) Situations d'appel, vers la question de départ

2.1) Première situation d'appel au pôle Saint Héliier avec Mr F

Mr F est âgé de cinquante cinq ans et est chauffeur routier retraité. Il est partiellement hémiparétique du côté droit dans les suites d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Il est hospitalisé en Suite de Soins et Réadaptation (SSR) au Pôle Saint Héliier (PSH) afin de bénéficier d'une rééducation globale pour regagner une autonomie et donc rentrer à domicile.

Dans le cadre de sa rééducation, il bénéficie de 4 séances de kinésithérapie par semaine durant lesquelles son épaule droite est mobilisée par la kinésithérapie. Étant très douloureux lors des mobilisations, Mr F effectue ses séances de kinésithérapie en utilisant du MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote) pendant trente minutes. Ayant été "formé" par les infirmières du service à l'utilisation du MEOPA, j'assure le bon déroulement de la séance en autonomie. L'inhalation de MEOPA soulage et permet à Mr F de gagner de l'amplitude dans les mouvements d'épaule. Mr F ne présentait pas d'effets secondaires ; pas de maux de tête, pas de nausées etc. Pendant les séances il était autonome, il tenait son masque, inspirait et expirait correctement. Il aimait beaucoup discuter et raconter ses périples sur les routes. Nous continuions nos discussions à propos de son métier, de ses enfants et de son hospitalisation. Je pense que ces discussions en plus du MEOPA aidaient Mr F à ne pas se focaliser sur la douleur. Le temps passait toujours trop vite pour lui.

Après une dizaine de séances avec du MEOPA, l'hypnoVR, un casque de réalité virtuelle, lui est proposé afin de limiter les méthodes médicamenteuses. Après lui avoir expliqué en quoi consiste l'hypnoVR, il accepte de l'essayer. J'ai insisté sur le fait que cette méthode est non médicamenteuse et présente très peu d'effets secondaires. La première séance se déroule sans moi. Lors de la séance suivante, le MEOPA est mis en place car l'équipe soignante alterne entre MEOPA et hypnoVR pour respecter la conduite à tenir donnée par son médecin. Je lui demande donc comment se sont passées les mobilisations et quels étaient ses ressentis. Mr F me répond qu'il "plane" moins qu'avec l'hypnoVR, qu'il ressent un petit peu plus les douleurs mais qu'elles restent supportables. En termes de progression, les amplitudes de mouvement d'épaules avec la réalité virtuelle sont identiques à celle avec le MEOPA. Mr F se sent douloureux lorsque son épaule atteint de plus grandes amplitudes. C'est donc une réussite et Mr F adhère volontiers aux alternances entre MEOPA et HypnoVR pour ses séances de kinésithérapie.

2.1.1) Mes questionnements suscités par cette situation

- Quel est le ressenti des patients lors des séances sous MEOPA ? Et avec l'HypnoVR ?
- Leur douleur est-elle complètement dissipée ?
- Pour quel type de douleur ces méthodes sont-elles efficaces ?
- La méthode utilisée agit-elle principalement sur la douleur ou aussi sur l'anxiété ?
- Le passage d'une méthode à l'autre assure-t-elle la qualité et la continuité de l'effet antalgique ? Pourquoi garder le MEOPA en parallèle de l'hypnoVR ?
- Adhère-t-il mieux aux soins lorsqu'il y a ces méthodes mises en place ?
- Certaines personnes peuvent-elles ne pas être réceptives à ces méthodes ?
- Combien de temps dure l'effet antalgique ?
- Que se passe-t-il dans le cerveau pendant l'hypnoVR ? Quels sont les mécanismes d'action de ces méthodes alternatives ?

2.2) Deuxième situation d'appel au Pôle Saint Hélier avec Mr T

Mr T a subi un traumatisme crânien laissant comme séquelle une paralysie du membre supérieur droit. Par conséquent, il souffre de douleurs neuropathiques dans son bras. Il est suivi en Hôpital de Jour au PSH, c'est-à-dire qu'il vit à domicile mais se rend quatre fois par semaine à l'hôpital de jour faire sa rééducation. Il bénéficie de kinésithérapie, de rendez-vous avec la psychologue, d'ergothérapie. Deux fois par semaine, un créneau de trente minutes est réservé pour une séance d'hypnoVR gérée par l'équipe infirmière de l'hôpital de jour où j'effectue mon stage. Ces séances ont pour but de soulager ses douleurs neuropathiques.

En effet, les médicaments antalgiques ne sont pas efficaces chez Mr T. Il est très dérangé par ces douleurs neuropathiques. Elles sont tellement intenses qu'il s'automutile à type de grattage et d'arrachage d'ongles.

Pendant ma septième semaine de stage, Mr T a été absent à plusieurs reprises, ce qui a inquiété l'équipe de l'hôpital de jour car il tient beaucoup à venir aux séances d'hypnoVR pour calmer ses douleurs. Après une enquête en appelant Mr T, son épouse et les transports ambulanciers, nous avons compris que Mr T s'alcoolisait fortement une fois à domicile car c'est le seul moyen qu'il a trouvé pour calmer ses douleurs neuropathiques. Sous l'emprise de l'alcool, Mr T annulait ses transports pour la semaine et ne s'en souvenait plus à cause de ses troubles cognitifs. Après discussion avec le

médecin MPR (Médecine Physique et de Réadaptation) référent de Mr T, nous avons décidé de programmer les transports par nous-même et de l'accompagner entre chaque séances de rééducation pour être certain.e.s qu'il n'aille pas consommer d'alcool.

Lors d'une séance d'hypnoVR, je me suis chargée de programmer la voix, l'univers et le scénario de la séance sur la tablette électronique. J'en ai profité pour le questionner sur ses douleurs. Il m'a dit que ses douleurs étaient "insupportables et qu'elles lui brûlaient le bras droit". Je lui ai ensuite demandé comment l'hypnoVR le soulageait, ce à quoi il a répondu qu'il était "focalisé sur autre chose, que la voix audio et l'univers visuel le relaxait". Effectivement, à la fin de la séance, au bout de quarante-cinq minutes, je découvre Mr T endormi sur le lit avec le casque de réalité virtuelle toujours sur le visage. Je le réveille et lui demande comment s'est passée sa séance. Il me répond qu'elle lui a fait tellement de bien, qu'il s'est assoupi. Mr T repart en tenant son bras droit et en se dirige vers le plateau technique où il va réaliser le reste de ses séances de rééducation.

2.2.1) Mes questionnements suscités par cette situation

- Qu'est-ce que la douleur neuropathique ? A quelle intensité de douleur correspond-elle ?
- Pourquoi les médicaments ne fonctionnent-ils pas toujours ?
- L'alcool est-il un moyen souvent utilisé pour pallier aux douleurs ? N'aggrave-t-il pas les douleurs neuropathiques ?
- Comment fonctionne l'hypnoVR ? Est-il donc utile pour s'endormir ?
- Le fait d'avoir l'hypnoVR avant les séances de rééducation était-il bénéfique pour l'observance des soins? l'adhésion au soin ?

2.3) Emergence de la question de départ

Après avoir vécu ces situations et formulé mes questionnements, il me semblait évident que ma question de départ allait s'articuler autour de la douleur, des méthodes autres qu'un traitement médicamenteux pour la soulager, puis d'un troisième thème abordant l'adhésion aux soins ou la relation entre le soigné et le soignant.

J'ai longuement hésité et réfléchi à mon troisième axe. Je ne savais pas si je voulais explorer l'adhésion aux soins, l'alliance thérapeutique ou la relation de confiance entre le patient et l'infirmière. Après quelques lectures et une discussion avec ma référente de mémoire, j'ai constaté que ces notions étaient intimement liées. Ma question de départ est alors née :

En quoi l'utilisation de méthodes alternatives chez le patient douloureux pourrait avoir une incidence sur l'adhésion au soin ?

A travers cette question, je cherche à savoir si la prise en charge de la douleur influence le devenir du patient et de son parcours de soins, notamment en termes d'alliance et d'adhésion. J'aimerais aussi connaître l'efficacité des méthodes moins conventionnelles et comment leur utilisation est perçue par les patients. Enfin, est-ce possible de créer une relation de confiance avec un patient très douloureux, qui perd l'espoir d'un soulagement de sa douleur ?

3) Le cadre conceptuel

3.1) Comprendre la douleur : une étape essentielle

3.1.1) Les généralités sur la douleur

La douleur selon l'IASP (Association Internationale pour l'Etude de la Douleur, 1979) est "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes".

Même si les mécanismes qui la déclenchent sont les mêmes pour tout le monde, la douleur est difficile à décrire car elle est ressentie de manière différente par chaque personne. C'est un mécanisme de défense du cerveau et plus précisément un signal d'alerte du corps qui nous incite à réagir pour éviter de nous blesser ou de nous faire davantage de mal.

Elle peut être différente selon la cause, mais aussi en fonction de notre façon de penser, de nos émotions et de notre culture.

La douleur peut être plus ou moins supportable en fonction des circonstances. Par exemple, une situation agréable peut temporairement soulager une douleur intense, tandis qu'une période de stress ou de dépression peut rendre la douleur plus intense et difficile à vivre. (Institut National du Cancer, s.d)

La douleur est une sensation qui comporte des dimensions à la fois physiques et émotionnelles. Elle se traduit par :

- sa composante **sensorielle** : elle détermine son intensité, son type, sa localisation et sa durée.
- sa composante **cognitive** : elle concerne la signification que l'on donne à la douleur, comme les mécanismes d'adaptation, d'anticipation, de distraction, la mémorisation ou encore le langage.
- sa composante **émotionnelle** : elle est influencée par la douleur elle-même et le contexte dans lequel elle se produit.
- sa composante **comportementale** : elle inclut tous les comportements verbaux et non verbaux liés à la douleur, même s'ils ne sont pas toujours proportionnels à l'intensité de celle-ci.

(Isabelle Nègre, 2014)

Il est important de connaître les différentes composantes de la douleur mais également les différents types de douleur.

3.1.2) Les différents types de douleur

Dans la documentation, nous retrouvons de manière récurrente un classement en 3 types de douleur : les douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques et les douleurs centralisées.

- La douleur **nociceptive** est ressentie par le biais de messages envoyés au cerveau en réponse à une lésion ou une inflammation des tissus ou alors à un traumatisme musculaire ou articulaire. Elle est donc provoquée par des stimuli extérieurs. Elle peut aussi être appelée douleur périphérique. (Medtronic, 2017)
- La douleur **neuropathique** est secondaire à une altération du système nerveux, qu'il soit central ou périphérique. Le système nerveux comprend le cerveau, la moelle épinière et les nerfs, ce sont donc ces structures qui peuvent être atteintes. Elle se traduit par une sensation de brûlure, de picotements ou d'engourdissements permanents par exemple. (Medtronic, 2017)
- La douleur **centralisée** est liée à un dérèglement du traitement de l'information douloureuse par le système nerveux central. Cette perturbation mène à l'amplification de la douleur et provoque une douleur diffuse face à des stimuli normalement non douloureux. (La Médicale, 2020)

Les douleurs peuvent aussi être répertoriées en fonction de leur durée. On distingue alors les douleurs aiguës des douleurs chroniques.

Les **douleurs aiguës** sont importantes, non pas que pour leur intérêt sémiologique mais pour leur fonction de donneuses d'alarme. Elles sont vives, relativement brèves et surtout réversibles. Elles peuvent être post-opératoires ou traumatiques. Afin de soulager ces douleurs, il faut un traitement rapide et efficace qui permettrait de réduire les morbidités péri-opératoires et péri-traumatiques. Ce traitement est également primordial dans la prévention du développement d'une douleur chronique.

La **douleur chronique** est définie comme une douleur persistante ou récurrente au-delà de 3 mois. Le plus souvent, elle répond mal aux traitements et provoque une détérioration de l'état de santé, notamment des capacités fonctionnelles et relationnelles. Parmi les douleurs chroniques nous pouvons retrouver les migraines, les douleurs arthrosiques ou encore les douleurs neuropathiques. Du fait de leur degré de sévérité, les céphalées chroniques quotidiennes sont victimes d'un mésusage médicamenteux entraînant un abus de ceux-ci.

Une personne souffrant de douleur chronique peut présenter les trois types de douleur cités en début

de sous-partie, simultanément. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022)

Parmi les douleurs aiguës, il existe une autre classe de douleur fortement liée au milieu médical. Il s'agit de la douleur induite par les soins.

3.1.3) La douleur induite par les soins

Dans les mœurs du XIX^{ème} siècle, la douleur induite était considérée comme une étape obligatoire pour guérir. De nombreuses études, pour la plupart à l'initiative de Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD), l'attestent. "Ces douleurs sont pour la moitié induites par des actes courants et en particulier des soins infirmiers." (Nadia Peoc'h et al. 2007, p.84)

En tant que soignants amenés à réaliser de nombreux actes invasifs, les **douleurs induites par les soins** doivent être reconnues et prévenues. Selon François Boureau, la douleur induite se définit comme "une douleur prévisible, fréquente, de durée limitée, associée à un geste ou un soin qui doivent être réalisés pour le bien d'un patient". Ce sont des douleurs liées à des soins plus ou moins invasifs tels que des pansements, une pose de sonde, une pose de perfusion, mais aussi à des examens comme une endoscopie ou une ponction lombaire. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022)

Selon le Dr Agnès Ricard-Hibon (2005), "la douleur induite par les soins est une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. Elle est à différencier des douleurs iatrogènes qui sont des douleurs provoquées par les soignants ou par un traitement de façon non intentionnelle. La douleur provoquée est une douleur intentionnellement provoquée par un soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur" (p. 10).

Les situations qui les provoquent doivent pouvoir être identifiées car elles doivent déboucher sur la mise en place de protocoles de prévention de ces douleurs induites. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022)

Pour pouvoir mettre en place ces protocoles et des thérapeutiques, il est nécessaire de savoir à quel type de douleur nous sommes confrontés et quelle est son intensité.

3.1.4) Comment évaluer la douleur ?

Selon le Code de la Santé Publique, Article L1110-5 (2016) : « [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte [...] ».

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

Pour pouvoir prendre en charge la douleur, il faut avant-tout l'évaluer afin de mettre en œuvre les thérapeutiques adaptées. Cependant la douleur est une expérience complexe à qualifier et à quantifier. C'est pourquoi, chaque individu a sa propre échelle de douleur, ses propres dires et un comportement personnel lorsque les mots sont impossibles pour la décrire.

Au-delà de l'évaluation numérique de la douleur à un instant précis, l'ancienneté de la douleur, sa cause, son évolution, le type de douleur, son intensité ainsi que ses conséquences sur la qualité de vie sont à prendre en compte. De plus, les antécédents médicaux personnels et familiaux ont aussi une importance dans la prise en charge de la douleur. (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé, ANSM, s.d)

Pour quantifier et qualifier la douleur, il existe plusieurs méthodes. Voici la liste des échelles de la douleur admises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022.

Dans un premier temps, les échelles **d'autoévaluation** chez l'adulte, c'est-à-dire que c'est la personne souffrante qui décrit sa douleur aux soignants.

- Échelle Visuelle Analogique (EVA) : de 0 à 10 ou 0 à 100.
Le patient nécessite une prise en charge de la douleur si $EVA \geq 4/10$ (échelle de 0 à 10 en cm) ou $EVA \geq 40/100$ (échelle de 0 à 100 en mm)
- Échelle Numérique (EN) : de 0 à 10 ou 0 à 100.
Le patient nécessite une prise en charge de la douleur si $EN \geq 4/10$ ou $EN \geq 40/100$
- Échelle Verbale Simple (EVS) : Douleur absente = 0 ; douleur faible = 1 ; douleur modérée = 2 ; douleur intense = 3 ; douleur extrêmement intense = 4.
Le patient nécessite une prise en charge de la douleur si $EVS \geq 2$ (échelle de 0 à 4).

Dans un second temps, les échelles **d'hétéroévaluation** où ce sont les soignants qui vont évaluer la douleur du patient. Elles sont principalement utilisées lorsque la personne n'est pas en capacité de s'exprimer verbalement comme les nouveau-nés, l'enfant, les adolescents et adultes handicapés et les personnes âgées. Chez l'adulte voici quelques échelles d'hétéroévaluation de la douleur :

- Doloplus : échelle comportant dix items cotés chacun de 0 à 3 (quatre niveaux), ce qui amène à un score global compris entre 0 et 30 / un patient nécessite une prise en charge de la douleur si le score est supérieur ou égal à 5 sur 30.
- Algoplus : échelle de 0 à 5 / le patient nécessite une prise en charge de la douleur si le score est supérieur ou égal à 2.
- ECPA (Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée) / un patient nécessite une prise en charge de la douleur si le score est supérieur ou égal à 6.
- Patient non communicant en réanimation : échelle comportementale de douleur (Behavioral Pain Scale).

Il existe une méthode d'hétéroévaluation supplémentaire spécifique aux douleurs neuropathiques. C'est un questionnaire nommé DN4. Il s'agit de 4 questions réparties en 10 items. Le diagnostic de la douleur neuropathique est porté si le score du patient est supérieur ou égal à 4/10.

3.2) Les approches complémentaires en traitement de la douleur : une alternative à explorer

3.2.1) le MEOPA : une alternative prometteuse pour la gestion de la douleur

Une des techniques médicamenteuses pour soulager la douleur est le MEOPA. C'est un Mélange Équimoléculaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote, c'est-à-dire 50% d'oxygène et 50% de protoxyde d'azote. A cette concentration, il entraîne un effet de sédation consciente et continue. Il est utilisé aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Il s'agit d'un gaz anesthésique et analgésique pour prévenir et traiter les douleurs légères à modérées. La plupart du temps, il est utilisé en prévention des douleurs induites par les soins car sa mise en œuvre et son utilisation sont très simples. Le MEOPA agit en trois à cinq minutes après la pose du masque, ce qui permet une utilisation assez brève. Les recommandations préconisent une utilisation d'environ trente minutes mais dans certaines situations, l'inhalation peut durer jusqu'à une heure et demie. Son effet disparaît dans les cinq minutes suivant l'arrêt du traitement. Comme c'est un gaz à inhaler, il est important de régler le débit en fonction du patient. Il faut que le ballon se dégonfle à

l'inspiration et se regonfle à l'expiration. Si le ballon n'a pas le temps de se regonfler lors de l'expiration, il faut augmenter le débit. Cependant il est recommandé de commencer le traitement avec un débit élevé (environ 12 litres/min) et de le baisser progressivement sur la bouteille jusqu'à ce que les mouvements du ballon soient adaptés à la respiration du patient.

Ce gaz présente très peu d'effets secondaires. Parmi eux, les nausées et vomissements, des vertiges, une impression de tête qui tourne...

Le MEOPA est un produit hospitalier mais il peut être prescrit par les chirurgiens dentistes ainsi que par l'Hôpital À Domicile (HAD) pour les soins à domicile, et la médecine du sport.

Les causes de l'inefficacité du MEOPA sont la plupart du temps un contrôle trop présent de la part du patient. C'est-à-dire que la personne ne va pas lâcher prise et ne va pas se laisser aller par le gaz. Dans ce cas, il ne faut pas forcer son usage et passer à une autre technique analgésique.

(Agnès Ricard-Hibon, 2014)

3.2.2) Les mécanismes d'action de l'hypnose, une nouvelle technique complémentaire

Depuis une vingtaine d'années, l'hypnose est entrée dans les thérapies de la douleur. Cependant, les mécanismes d'interaction entre hypnose et douleur, notamment chronique, ne sont pas encore bien établis (Marie-Jo Brennstuhl et al., 2018).

La définition de l'hypnose donnée par Claude Faleur est : "un état naturel, un état de conscience modifié dans un but thérapeutique". Il dit également que "c'est au patient de mettre à profit l'état hypnotique pour accéder à ses ressources intérieures, trop souvent inexploitées." Il qualifie l'hypnose "d'alliance et de participation au confort physique et psychologique du patient".

Le patient entre dans une transe hypnotique, ce qui fait partie des quatre différents état de conscience avec la conscience critique, la transe d'alerte et la transe spontanée.

Il existe plusieurs outils utilisés pour induire cet état d'hypnose. La **focalisation** par exemple est le fait d'attirer l'attention sur un élément lié au sujet ou à son environnement, qui réduit temporairement l'espace de conscience et facilite ainsi la dissociation psychique. C'est une méthode couramment utilisée. La **dissociation** est un phénomène où les perceptions du sujet sont rompues, entraînant une réorganisation de son espace psychique et perceptif. Un exemple concret pourrait être de fixer du regard le mouvement des vagues pendant un certain temps. A mesure que ce mouvement devient de plus en plus diffus, notre esprit peut s'évader et générer des histoires imaginaires, des anticipations

d'actions futures etc. Une dissociation de la conscience a alors lieu. **L'ancrage** est un processus qui crée un lien entre un état interne et une action physique. Il consiste à réaliser un acte spécifique pour retrouver un état émotionnel associé, par exemple en fermant le poing pour accéder à un état de bien-être. D'autres outils sont le signaling, le saupoudrage, la réification et les suggestions. (2013)

Les seules personnes non hypnotisables sont les jeunes enfants et les patients souffrant de maladie mentale impactant leur capacité d'inhibition.

Dans le domaine de la santé, l'hypnose est essentiellement utilisée dans la médecine de la douleur et la gestion des troubles anxieux (stress, phobie ...). Elle est également utilisée dans les comportements de dépendance (tabac, TCA ...). D'autres indications émergent comme son utilisation lors de soins, par exemple en dermatologie, et dans la psychopathologie pour traiter les troubles de la personnalité, de l'humeur. L'hypnose en médecine est une méthode complémentaire aux pratiques du professionnel de santé. L'hypnothérapie n'est pas une discipline en soi mais bien une méthode qui complète la démarche d'une profession médicale, paramédicale ou psychologique. (Institut Français d'Hypnose, s.d)

3.2.3) Une technologie innovatrice : la réalité virtuelle au service des soins

L'hypnoVR est basé sur la technologie de la réalité virtuelle. C'est une solution élaborée par deux médecins anesthésistes réanimateurs et hypnothérapeutes. Cet appareil permet une hypnose médicale pour traiter la douleur, le stress et l'anxiété.

L'hypnoVR développe des solutions technologiques pour induire et maintenir un état d'hypnose en associant le pouvoir des suggestions hypnotiques avec la technologie des casques de réalité virtuelle pour inventer des solutions thérapeutiques nouvelles et non médicamenteuse qui permettent une accessibilité à un plus grand nombre de patient.

Le casque de réalité virtuelle équipé de capteurs pour mesurer les mouvements de la tête et du corps ainsi que le casque audio sont gérés par une tablette numérique sur laquelle, grâce à une application, le personnel soignant ou le patient peuvent préparer la séance d'hypnose.

Ils disposent de plusieurs choix :

- 6 univers visuels (la forêt, l'univers sous-marin etc)
- 6 composition musicales spécifiques intégrant les principes reconnus de la musicothérapie
- 10 langues différentes

- Voix féminines et masculines avec suggestions hypnotiques adultes et pédiatriques

De nombreuses études ont été menées. Grâce à celles-ci nous pouvons constater une diminution des scores d'anxiété en chirurgie dentaire et une division par deux des doses de morphiniques administrés. De plus, 95% de la population étudiée (des patients) renouvelleraient l'expérience. (Alexandre JOOS, Association HACAVIE, 2019)

L'hypnose associée à la réalité virtuelle modifie l'état de conscience. Le patient est dans un état mental différent de l'état de conscience ordinaire. Effectivement, l'hypnothérapie positionne la personne dans un état hypnotique et concentre sa conscience sur un nombre limité d'informations. La réalité virtuelle, elle, immerge l'utilisateur dans un monde en 3 dimensions. Il est également dans un état de conscience dissocié de son environnement réel.

L'association de ces deux thérapies permet d'accompagner les patients présentant des troubles addictifs et anxieux.

Il existe de nombreuses indications à l'hypnoVR dont certaines s'appliquent indirectement au monde médical comme apprendre à lâcher prise, avoir confiance en soi, être serein mais aussi gérer les phobies. En France, des services hospitaliers étudient cette technique dans la prise en charge des phobies.

Celles qui sont utilisées dans le domaine de la santé sont :

- réduire le stress-post traumatique en confrontant le patient à la situation traumatisante qu'il a vécu mais en y associant des techniques de relaxation et d'objectivation du stress. Cette technique est pratiquée notamment sur les soldats en retour de mission ou alors sur les personnes âgées après une chute invalidante et les polytraumatisés après un accident de la voie publique. L'objectif principal est de travailler sur le souvenir afin d'alléger la charge émotionnelle des patients.
- **atténuer la douleur** en immergeant la personne dans un univers très agréable ce qui a pour effet de faire diminuer voir disparaître la douleur par ce qu'on appelle un effet de dissociation.
- accompagner un patient en amont, pendant ou après une intervention chirurgicale
- la prise en soins des pathologies neurodégénératives
- la rééducation psychomotriciennes
- une aide aux soins hospitaliers, infirmiers ou dentaires

(DUPUIS AGNES Anne-Laure, s.d)

3.2.4) De nombreuses méthodes alternatives à découvrir

Pour compléter les médicaments antalgiques, d'autres méthodes sont utilisées pour soulager la douleur comme la relaxation, la sophrologie, la neurostimulation, les massages etc. Leur place est de plus en plus reconnue dans la prise en charge de la douleur. Elles remplacent rarement les traitements classiques mais permettent de réduire la dose de médicament et leurs effets secondaires. Elles sont d'autant plus utilisées car elles ont un bénéfice sur la douleur physique mais aussi sur le bien-être moral et sur la qualité de vie. (Institut National du Cancer)

Nous pouvons classer ces méthodes en deux catégories, les méthodes **physiques** et les méthodes **psychocorporelles**.

Voici les méthodes physiques :

- la **kinésithérapie** : pour détendre et travailler les muscles mais aussi des massages, des exercices de relaxation ou des soins dans l'eau
- le **chaud et le froid** : l'application peut soulager temporairement les douleurs
- la **neurostimulation** : il existe la neuromodulation transcutanée, la TENS, où des électrodes vont envoyer des impulsions électriques (non douloureuse). Elle a pour but de soulager les douleurs localisées, chroniques mais aussi neuropathiques.
- **l'acupuncture** : elle consiste à introduire des aiguilles très fines à des points bien précis du corps. Cela permet la sécrétion d'hormones, comme l'endorphine, qui diminuent la perception de la douleur.

Les méthodes psychocorporelles :

- la **relaxation** : elle a des effets somatiques comme la baisse du rythme cardiaque et respiratoire, l'augmentation de la température corporelle ou encore un relâchement musculaire. Cela apporte un bien-être global au patient.
- **l'hypnose** : voir 3.2.2)
- la **sophrologie** : proche de l'hypnose et de la relaxation, elle consiste à pratiquer des exercices avec nos propres ressources afin de réagir au mieux face à des situations de stress ou de douleur.

(Institut National du Cancer)

3.3) La relation entre le soignant et le patient

3.3.1) La communication dans la relation soignant-soigné

Dans la relation entre le soignant et le soigné, ces derniers doivent pouvoir se considérer comme des partenaires avec un but commun. Pour cela, la dimension individuelle est essentielle. Contrairement à la médecine qui apporte des réponses précises à des symptômes ou à une maladie, la relation se construit sur la subjectivité de chacun. En effet, les besoins sont universels mais les manières de les exprimer sont propres à chaque individu en fonction de facteurs personnels.

Dans la communication, il faut être particulièrement rigoureux dans le choix des mots utilisés par le personnel soignant. D'emblée, le soignant doit avertir le patient du soin et de son déroulement. Cependant, la question de dire ou non que le soin peut être douloureux est soulevée. Le mieux serait de demander au patient son avis sur la question.

Dans tous les cas, il faut éviter la communication à connotation négative comme “attention je pique” ou “ça risque de faire mal”. Il est mieux de dire “ce ne sera sûrement pas agréable” ou des phrases de ce type. (Emmanuelle Guillemin, 2015)

D'après Claude Faleur, infirmier formé à l'hypnose, “**la communication thérapeutique** est une technique relationnelle issue de l'hypnose médicale. La communication entre le soignant et son patient constitue un aspect essentiel de la prise en charge médicale. Elle a une valeur thérapeutique dans le soin.”

Cette communication thérapeutique implique d'utiliser et d'analyser différents types de langages, tels que le langage verbal, non verbal et paraverbal. Elle requiert également de l'empathie, c'est-à-dire la capacité à ressentir les émotions de l'autre et à se mettre à sa place, tout en maintenant une distance critique. Une autre compétence importante est la technique du mirroring (reflet) où le thérapeute reflète les émotions et les comportements du patient pour favoriser une meilleure compréhension. (2023)

D'après le Dr Marion Alegre “le regard est primordial dans le soin”. Son étude de recherche scientifique, à la fois qualitative et quantitative, a montré que la qualité du contact visuel du soignant est plus importante que sa durée en termes de satisfaction du patient lors de la prise en soins.

Le regard du soignant ne peut être interprété qu'avec l'ensemble de la communication non verbale, incluant l'écoute, la posture, les gestes et les expressions faciales. Les patients se confient car ils ressentent un lien établi avec leur soignant. Seul un regard qui est accompagné d'une prise en compte réelle de la part du soignant est important. Ce regard est symbolique de l'écoute et de la compassion du soignant, et reflète l'espace accordé à la personne soignée, lui permettant ainsi de se sentir

réellement prise en compte.

La communication verbale, elle, offre au patient l'opportunité d'exprimer sa plainte et son ressenti, tandis que pour le soignant, chaque expression du patient représente une opportunité de reformuler et de clarifier les mots utilisés. Ceci permet de bien comprendre les explications données, et de vérifier si elle a des questions. Cependant pour pratiquer une médecine de qualité, il faut prendre le temps nécessaire. (Marion Alegre, s.d)

La maîtrise d'une communication verbale, non-verbale et paraverbale par le soignant peut favoriser l'instauration d'une relation de confiance.

3.3.2) Exploration de la relation de confiance entre deux individus

La relation de confiance se fonde sur certaines règles comme la considération positive, l'authenticité, l'empathie et l'absence de jugement. Les effets de cette relation sont le soulagement émotionnel, par le discours et l'écoute du patient.

Pour construire une relation de confiance, des concepts déterminent comment le soignant doit se comporter pour instaurer ce climat de confiance. Voici ces concepts :

- **l'acceptation positive inconditionnelle** : le soignant n'émet aucun jugement et accepte le patient tel qu'il est. Il distingue la personne par ses comportements, ses symptômes et ses expériences, qu'elles soient douloureuses ou non.
- **l'authenticité** : c'est la base d'une relation honnête. Être authentique c'est s'exposer soi-même, sans se cacher derrière des stéréotypes ou habitudes. C'est un objectif à atteindre pour le patient, il doit être en accord avec lui-même dans la relation soignant/soigné.
- **l'empathie** : selon L'empathie est le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre.

(A. Manoukian, A. Massebeuf, 2008)

3.3.3) Définition de l'adhésion aux soins

L'adhésion thérapeutique, également appelée adhérence au traitement ou “adherence” en anglais, désigne la décision consciente d'une personne de prendre en charge sa maladie en acceptant le traitement prescrit et en participant activement et volontairement. Cela implique que le patient reconnaisse sa maladie et comprenne l'importance des traitements prescrits. L'adhésion fait référence à des processus internes tels que les attitudes et la motivation du patient à suivre son traitement, qu'il s'agisse de médicaments, de psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'examens complémentaires ou de rendez-vous médicaux.

La mise en place de nouveaux traitements ou projets de soins nécessite une approche interdisciplinaire ainsi que la reconnaissance du rôle actif des patients dans les prises de décisions (Well Living Lab, 2018).

L'adhésion thérapeutique est impactée par de nombreux facteurs comme le sentiment d'efficacité personnelle, la connaissance et compréhension de la maladie et de ses risques, de ses traitements. (Marie Paule Schneider et al. 2013)

3.3.4) Comment instaurer une alliance thérapeutique ?

L'alliance thérapeutique représente une union entre le soignant et le soigné, scellée par un engagement mutuel en vue de surmonter la souffrance, préserver la santé et, dans l'idéal, parvenir à la guérison. Il s'agit d'une collaboration qui requiert du professionnalisme de la part du soignant, alliant empathie, authenticité et bienveillance tout en préservant une distance professionnelle adéquate. L'alliance thérapeutique implique l'élaboration concertée d'un projet de soins, avec le consentement éclairé du patient, dans un climat de confiance, de dialogue et de négociation, favorisant une continuité de la prise en charge en pluridisciplinarité (IFSI Dijon, 2015).

Carl Rogers explique que le patient répond de façon positive aux propositions du soignant, grâce à l'alliance thérapeutique et aux qualités du soignant (empathie, authenticité).

Le soignant doit posséder des habiletés afin d'offrir des conditions favorables à l'instauration d'une alliance thérapeutique. Selon Drouin, voici quelques habiletés :

- **l'honnêteté** : Une thérapie ne peut être basée sur le mensonge ou la dissimulation. Les thérapeutes doivent être honnêtes même s'ils réalisent le potentiel anxiogène de leurs dires au patient. Ils doivent en assumer la responsabilité.

- La **solidité** : Le soignant doit être capable de mettre des limites à leur patient. Elles sont importantes car elles aident à définir la nature de la relation, cela crée un cadre. Les soignants “solides” prennent des décisions difficiles mais elles sont dictées par le bien-être du patient.
- La **chaleur** : Le thérapeute doit être chaleureux avec le patient. Il s’occupe du patient tout en favorisant l’autonomie de ce dernier. La chaleur est intimement liée à l’humanité du soignant.
- La **patience** : La patience permet au patient d’être spontané et naturel et ne les limite pas dans leur expression. Dans ce cas, le soignant rencontre l’unicité de la personne.
- La **sensibilité** : La sensibilité est à la base du processus empathique. De ce fait, les soignants peuvent tenir compte de la vulnérabilité de chaque patient et ainsi ajuster leur comportement au besoin individuel de chaque relation thérapeutique.

4) Méthodologie du recueil de données

Pour mener mes entretiens sereinement, j'ai rédigé un guide d'entretien semi-directif avec une question correspondant à chaque sous-partie du cadre conceptuel. Il était également important d'anticiper quelques questions de relance afin d'avoir un échange complet et d'obtenir un large panel d'informations.

4.1) Population interviewée et déroulé de l'entretien

J'ai décidé d'interroger deux professionnel.le.s de terrain ayant un parcours professionnel différent, contrairement au choix de deux infirmier.e.s ayant les mêmes formations afin de comparer leurs réponses. Dans un premier temps, la douleur étant un thème dominant dans mes recherches, j'ai pris contact, grâce à une camarade de promotion, avec une infirmière ayant obtenu un diplôme universitaire (DU) en douleur. Dans un second temps, j'ai choisi d'interviewer une infirmière formée à l'hypnose afin d'en apprendre davantage sur les méthodes alternatives et la communication avec le patient. Ma référente de MIRSI, Christine LE BIHAN m'a donné les coordonnées d'une professionnelle formée à l'hypnose avec qui j'ai ensuite échangé. De ce fait, je bénéficie de deux entretiens complémentaires. Les entretiens se sont déroulés en présentiel dans les services de chacune des professionnelles. Après avoir obtenu leurs consentements et expliqué l'anonymat des entretiens, j'ai enregistré ceux-ci avec l'aide de mon téléphone portable.

4.2) Objectifs de l'entretien

Afin de faciliter l'élaboration de mon guide d'entretien, j'ai fixé quelques objectifs et attentes de ces interviews. Mon objectif premier est d'établir le bilan de connaissances des infirmières sur la douleur, en explorant la définition, les différents types etc. Ensuite, je veux avoir leur point de vue sur chacune des méthodes alternatives que j'ai exploré dans mon cadre théorique. Enfin, je souhaite qu'elles me donnent leur stratégie pour établir une communication et une alliance avec le patient.

4.3) Le bilan des entretiens

Je n'ai pas rencontré de difficultés lors de la réalisation de mes entretiens. Les infirmières étaient habituées à les effectuer dans le cadre des mémoires de fin d'études. Elles ont été de grandes ressources et j'ai pu exploiter beaucoup de leur propos dans mon analyse.

5) Analyse descriptive des entretiens

Concernant la douleur et ses définitions, les deux infirmières s'accordent à dire que la douleur est autant physique que psychique. Audrey définit la douleur comme "une expérience subjective, propre à chacun, désagréable et consécutive à une lésion tissulaire réelle ou potentielle." Claudie parle de "signal d'alarme" pour le patient lui-même ainsi que pour le soignant. Cette douleur va également "induire un inconfort". On peut donc noter que les deux professionnels connotent négativement la douleur avec des adjectifs tels que "désagréable" et "inconfort".

A propos de l'aspect psychique de la douleur, Audrey nous parle de souffrance morale alors que Claudie décrit encore une fois un inconfort psychologique. Elle extrapole cette douleur psychologique jusqu'à la dépression liée aux "cercle vicieux" de cette douleur.

Seule Audrey détaille la douleur dans ses 4 composantes. La composante sensorielle, comportementale, cognitive et émotionnelle.

Les différents types de douleurs sont évoqués par chacune des infirmières. Elles évoquent la douleur neuropathique, la douleur chronique et aiguë. L'une mentionne la douleur nociceptive alors que l'autre inclut la douleur induite liée aux soins. La douleur neuropathique est liée à des lésions définitives, aux plaies d'amputations et sont décrites comme "douleur liée au membre fantôme". Les deux IDE s'accordent à dire que la douleur aiguë est présente à un temps donné et qu'elle va disparaître. Claudie l'illustre par une douleur post-opératoire. Cette même infirmière définit la douleur chronique comme "supérieure à trois mois, qui dure dans le temps." Audrey la complète en disant que cette douleur est présente sur "du long terme".

Avant de poser ma question, Claudie mentionne d'emblée la douleur induite par les soins. Elle la décrit comme une douleur "iatrogène, induite par le soignant". Les deux infirmières donnent les mêmes exemples de soins dans lequel une douleur peut être induite : les toilettes, les mobilisations, les réfections de pansements...

En lien avec la douleur induite par les soins, il y a la question de la communication qui peut elle aussi induire des douleurs. Les deux infirmières parlent de communication positive. Par exemple, il est plus pertinent de dire "rassurez-vous" que "ne vous inquiétez pas" car cela induit de l'inquiétude et potentialise la douleur. De même, "Êtes-vous douloureux" peut être remplacé par "Êtes-vous confortable?" ou "comment vous sentez-vous?". L'usage de termes négatifs est à éviter, c'est pourquoi elles appellent ce processus communication positive ou thérapeutique.

A propos des outils utilisés dans leurs services pour évaluer la douleur, on retrouve les mêmes échelles. L'échelle numérique (EN) c'est-à-dire "zéro pas de douleur, dix c'est la pire des douleurs imaginable". Audrey précise que le seuil de traitement est à 3 sur 10. L'autre échelle utilisée est l'échelle verbale simple (EVS), elles demandent si les patients ont un peu mal, moyennement mal, beaucoup mal. Le formulaire Algoplus est aussi utilisé par les deux infirmières et le seuil de traitement est aussi donné : supérieur ou égal à 2 sur 5. Les deux infirmières insistent sur le fait qu'il faut toujours croire le patient, peu importe le résultat de son autoévaluation de la douleur.

Concernant la partie sur les méthodes alternatives, différents mots clés ressortent des entretiens. Elles voient les méthodes alternatives comme "des thérapies non médicamenteuses", "un panel de plein de petites choses". Chacune donne des exemples de méthodes alternatives. Du côté de Audrey on retrouve la socio-esthéticienne, les massages, le kinésithérapeute, l'art-thérapeute avec les chants, la médiation animale, la sophrologie ainsi que la Snoezelen. Elle parle aussi d'une boîte nommée Morphée qui est une boîte de relaxation qui aide à se mettre "dans un état de méditation". Claudie parle également de la musicothérapie, puis de l'aromathérapie et met une accentuation sur la communication thérapeutique, comprenant aussi "l'humour des soignants".

Sur les méthodes dites alternatives dont je leur ai parlé, c'est-à-dire le MEOPA, l'hypnose et l'HypnoVR, leurs avis se rejoignent. Pour le MEOPA, elles sont d'accord pour dire que c'est efficace lors de soins potentiellement douloureux. Les bénéfices sont la courte durée de latence avant l'efficacité maximale et la résorption rapide une fois le masque enlevé. Elles relèvent tout de même certains effets indésirables tels que des céphalées, des nausées ou des crises de larmes. Concernant l'hypnose, Claudie étant formée, elle détaille les étapes du déroulé du soin lorsqu'elle pratique son hypnose formelle. Elle cite une définition de Milton Erickson, un psychiatre américain qui dit que "l'hypnose est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par une autre". Elle précise après que l'hypnose a lieu dans le patient et est provoquée par le soignant. Audrey, elle, avec ses propres mots, la définit comme "une diversion de la conscience [qui lui permet] d'aller ailleurs, de se dissocier".

Consécutivement à la discussion sur l'hypnose, les deux infirmières mentionnent une méthode alternative dont je n'avais pas encore entendu parlé qui est l'autohypnose. Audrey en parle comme une méthode efficace sur les patients "douloureux chroniques" car "ils peuvent le faire chez eux, eux-même, et ils se font une petite hypnose et ça leur permet de détourner leur attention de la douleur". Claudie en fait son sujet de recherche en soins infirmiers. Pour elle, le but est de rendre le patient autonome dans la prise en charge de sa douleur.

L'hypnoVR, pourtant moins connu par ces professionnelles, est caractérisé par son efficacité. Les infirmières ont cependant un avis divergent concernant le casque audio qui accompagne le casque de réalité virtuelle. Audrey prend l'exemple d'un départ au bloc opératoire et indique que ce casque audio permet de ne pas entendre les sons désagréables, les propos du personnel de santé ce qui permet "d'améliorer le confort du patient sur le plan de l'anxiété et donc de la douleur". Claudie explique que dans son service, elles n'utilisent plus le casque audio car il empêche la communication avec le patient pendant le soin. Une communication qui est primordiale pour débiter une alliance thérapeutique basée sur une confiance mutuelle.

Pour instaurer cette relation de confiance et donc une alliance thérapeutique, les infirmières ont donné plusieurs conseils et manières de procéder. La première technique présente dans chacun des entretiens est l'écoute, puis la validation des propos et plaintes du patient. Un autre point relevé par Audrey est le principe de non-jugement, croire le patient. Claudie met en valeur le rôle de la communication non verbale. Elle dit que "dès les premières secondes de la rencontre, on crée l'alliance thérapeutique" et elle ajuste donc sa posture, elle "[se] baisse pour [se] mettre à la même hauteur" voire "en position basse pour lui [le patient] donner plus de pouvoir à lui".

6) La discussion

Dans cette dernière partie qu'est la discussion, avec les conseils de Christine LE BIHAN, j'ai repris les notions importantes du cadre conceptuel et des entretiens et j'y ai ajouté mon positionnement professionnel sous forme d'histoire. Ce récit reprend la journée type d'une infirmière me représentant.

6.1) La première rencontre : face à face avec la douleur

Je suis devant la chambre 32, celle de Mr L, 53 ans. J'ai la réfection de son pansement d'ulcère veineux à la jambe gauche à faire ce matin. Je ne connais pas encore Mr L, je frappe à la porte et entre dans sa chambre en me présentant. Dès mon entrée, je remarque que Mr L a le visage crispé, allongé dans son lit. Comme me l'a expliqué ma collègue infirmière Claudie, "l'alliance thérapeutique se crée dès les premières secondes" alors, toujours selon ses conseils, je décide d'adapter ma posture et de m'asseoir sur une chaise à côté du lit de Mr L afin de "lui donner plus de pouvoir".

Mr L me dit alors qu'il "a mal à sa jambe". En voyant son visage toujours autant crispé et en entendant ses plaintes, la définition de la douleur selon l'association internationale pour l'étude de la douleur me fait écho. C'est "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle". En effet l'ulcère de mon patient est une lésion tissulaire douloureuse et elle a définitivement l'air désagréable. Je commence à interroger Mr L sur sa douleur ; depuis combien de temps ? est-ce une brûlure ? un picotement ? Ce à quoi il me répond "Ca fait des mois que j'ai ma plaie, des mois qu'elle me fait mal. Et alors c'est encore pire quand on me change le pansement !". C'est une douleur nociceptive chronique car j'ai lu dans ma revue Medtronic que la douleur nociceptive est ressentie à cause de messages envoyés au cerveau en réponse à une lésion ou une inflammation des tissus. Ce qui est le cas chez Mr L. De plus, sa douleur est chronique car elle persiste depuis plus de 3 mois comme me l'avait expliqué Claudie.

En tant qu'infirmière, je me dois de prendre en charge cette douleur. C'est le Code de la Santé Publique qui le dit. "Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte...". Mais avant de la traiter, il faut que je l'évalue. Pour cela, dans mon service on utilise principalement deux échelles, elles sont validées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce sont Claudie et Audrey qui m'ont expliqué comment bien les utiliser. J'ai le choix entre l'échelle numérique (EN) : "sur une échelle de 0 à 10, 0 est pas de douleur, 10 est la pire douleur imaginable" et l'échelle verbale simple : de 0 à 4, 0 = pas de douleur, 1 = douleur faible "un peu mal", 2 = douleur modérée "moyen mal", 3 = douleur

intense et 4 = douleur extrêmement intense “beaucoup mal”. Avec Mr L je vais utiliser l’échelle numérique car c’est la plus répandue et celle que je connais le mieux. Il cote sa douleur à 4/10. Le seuil d’analgésie médicamenteuse est à 3/10 d’après Audrey. Mr L bénéficie déjà d’un traitement antalgique mais cela ne suffit pas pour soulager la douleur du soin de pansement. Mes collègues infirmières m’ont toutes les deux dit quelque chose qui me semble très important, à la fois en ce qui concerne la prise en charge de la douleur que la relation de confiance avec le patient ; “il faut toujours croire le patient”. En effet, dans un livre écrit par Emmanuelle Guillemin, elle dit que la relation se construit sur la subjectivité de chacun. Comme la douleur est une expérience subjective, il convient alors de respecter celle-ci et de croire le patient dans son évaluation. Selon moi, c’est le patient qui est le mieux positionné pour évaluer sa douleur et pour la décrire, avec ses propres mots. De plus, toujours selon Mme Guillemin, dans la relation entre le soignant et le soigné, ces derniers sont considérés comme des partenaires avec un but commun, ici, soulager la douleur. Je dois alors faire confiance à mon patient pour pouvoir atteindre ce but.

Mr L m’a fait part qu’il était également et surtout douloureux lorsqu’on changeait son pansement d’ulcère. Il existe donc une douleur induite par les soins. Selon le Comité de Lutte contre la Douleur (le CLUD), cette douleur est induite par des actes courants et en particulier par des soins infirmiers. Il est vrai qu’Audrey et Claudie m’ont fait part des soins particulièrement douloureux comme les toilettes, les mobilisations, les prises de sang ou encore les poses de perfusion, mais surtout les pansements. Sur le site du Ministère de la Santé et de la Prévention, il est dit que cette douleur est prévisible et associée à un soin qui doit être réalisé pour le bien d’un patient. En effet, la réfection du pansement de Mr L fait partie d’un protocole pour favoriser la cicatrisation de sa plaie, pour éviter une infection et une douleur potentiellement plus importante. C’est pourquoi je me dois de refaire son pansement mais je me dois aussi de prévenir sa douleur induite car je pense qu’un soin qui se déroule dans la douleur est un soin qui va impacter la mémoire du patient de façon négative et ce dernier va être de plus en plus anxieux et réticent à l’idée de participer à ce soin et l’alliance thérapeutique sera brisée.

6.2) Pour combattre la douleur, je sors mes outils

Pour soulager la douleur de Mr L, j’ai plusieurs méthodes à ma disposition selon mes ressources et celles du service : le MEOPA, l’hypnoVR, la communication thérapeutique ou encore la musicothérapie. Je vais lui proposer chacune de ces méthodes alternatives en lui expliquant le principe et le rôle de ces outils thérapeutiques puis le laisser choisir celle(s) qu’il préfère. Claudie et Audrey m’ont bien dit qu’il était important de tout expliquer au patient avant de mettre en place de nouvelles choses. “Mr L, vous m’avez dit que vous étiez douloureux lorsque les infirmières changeaient votre

pansement. C'est bien ça ? Afin que la réfection se passe dans les meilleures conditions possibles et sans douleur, j'ai plusieurs propositions à vous faire. Tout d'abord, dans le service nous avons du MEOPA. C'est un gaz anesthésique et analgésique pour traiter les douleurs légères à modérées. Il est aussi utilisé pour prévenir la douleur induite par les soins, ici la réfection de votre pansement. Il est plus connu sous le nom de "gaz hilarant". Il faut mettre un masque sur votre visage, comprenant votre nez et votre bouche, puis inspirer et expirer lentement. Il fait effet en 3 à 5 minutes puis une fois le soin terminé, les effets se dissipent rapidement, généralement en 5 minutes. Cependant, je vous préviens, il peut y avoir des effets secondaires comme un mal de tête, des nausées etc. Nous avons aussi un nouvel appareil dans le service, l'hypnoVR ou encore le casque de réalité virtuelle. C'est un masque que vous mettez sur le visage, il englobe vos yeux. Le principe est de vous immerger dans un monde en trois dimensions. Vous avez le choix entre plusieurs univers, par exemple la plongée sous-marine, l'Espace, le sous bois etc. En plus de cet aspect visuel, vous pouvez avoir un casque auditif sur les oreilles dans lequel une voix soit féminine, soit masculine vous parle. Ce sont des suggestions hypnotiques afin de vous mettre dans un état de conscience similaire à celui de l'hypnose. Cet appareil soulage le stress autant que la douleur et évite de vous administrer trop de médicaments, notamment des morphiniques qui, eux, ont des effets secondaires. Personnellement, j'aime bien cet appareil car il fonctionne bien pour traiter la douleur, il n'a pas d'effets secondaires importants et il vous permet aussi de ne pas voir le soin que l'on vous fait. Cependant, avec Claudie ma collègue, nous sommes d'accord pour dire qu'il empêche une communication car vous n'entendez pas ce qui se passe, et la relation de confiance se base sur la communication selon elle. Vous êtes donc libres de choisir si vous voulez ou non le casque auditif lors de la séance, car il est vrai que certaines personnes préfèrent ne pas entendre le déroulé du soin. Alors, dites-moi, est-ce qu'une de ces solutions vous intéresse ? Etes-vous partant pour en essayer une ?" Mr L me répond qu'il préfère tenter le MEOPA.

En réalisant qu'il n'aura pas de casque audio, je saisis une opportunité : " Qu'est-ce que vous aimez comme musique Mr L ?". Il me dit "Oh, moi j'aime tout !". Je suis embêtée. Je précise alors ma question "Est-ce qu'il y a une musique qui vous rappelle de bons souvenirs ou alors qui vous aide à vous détendre ?" Ce à quoi il répond "Ah oui, peut-être du Indochine, j'adore les écouter." Par expérience, mettre un fond sonore que le patient apprécie est toujours bénéfique lors du soin. Cela permet d'instaurer une ambiance chaleureuse que le patient connaît. De plus, la musique ne gêne pas la communication avec Mr L, je mets la musique sur mon téléphone portable, je peux donc régler le volume sonore. Il semble apprécier cette attention particulière car il enfonce sa tête dans l'oreiller et ferme les yeux.

Je laisse Mr L avec la musique le temps d'aller chercher ma bouteille de MEOPA. Sur le trajet, je pense à mon collègue Claude, formé à l'hypnose, qui ne travaille pas aujourd'hui. Je devrais peut-être

parler de l'hypnose avec Mr L. En revenant dans la chambre, j'introduis le sujet. "Si vous voulez la prochaine fois on pourra mettre en place une séance d'hypnose avec Claude l'infirmier pendant que l'on fait la réfection du pansement. Ça fonctionne plutôt bien sur la douleur induite par les soins et sur les douleurs chroniques comme pour votre jambe." J'ai lu ça dans un livre de Mme Brennstuhl. Claude définit l'hypnose comme une alliance qui participe au confort physique et psychologique du patient. Il parle d'hypnose Ericksonienne ce qui me fait penser à Claudie qui cite Milton Erickson. Ce dernier dit : "l'hypnose c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par une autre." Mr L renchérit "J'entends beaucoup parler de l'hypnose en ce moment c'est vrai. Je devrais peut-être essayer." Je lui indique que je vais transmettre l'information à l'équipe soignante pour que ce soit mis en place.

6.3) La transparence, pour plus de confiance

Le moment de faire mon pansement approche. J'installe le masque sur le visage de Mr L, et allume la bouteille de MEOPA. Pendant les trois minutes d'attente avant que le gaz fasse effet, je réexplique le déroulé du soin à Mr L. C'est Emmanuelle Guillemain qui l'écrit, "il faut d'emblée avertir le patient du soin et de son déroulé". J'informe également Mr L : "ce ne sera pas agréable mais rassurez-vous, nous allons tout faire pour que vous soyez confortable". Le choix de mes mots est très important. C'est ça la communication thérapeutique. Ce sont mes collègues qui m'ont appris à l'utiliser. Le but est de changer notre vocabulaire en utilisant des mots à connotation positive. Ici j'ai utilisé les mots "pas agréable" pour parler de douleur et "confortable" plutôt que "non douloureux". J'ai aussi remplacé "ne vous inquiétez pas" par "rassurez-vous". Cette technique de communication a une valeur thérapeutique dans le soin. Pour moi, il est important d'être transparent avec le patient afin d'obtenir sa confiance. De plus, comme le patient connaît le déroulé du soin, son cerveau est préparé et s'attend à ces gestes. C'est plus confortable que d'assister à un soin inconnu. Concernant la communication thérapeutique, je trouve que c'est un outil magique. En effet, quelle que soit notre profession soignante, nous pouvons l'utiliser à tout moment et auprès de tous les patients. Cette communication permet au patient de moins appréhender le soin puis de créer une relation basée sur la confiance et la bienveillance avec le soignant.

Au-delà de cette communication thérapeutique, principalement verbale, il existe aussi des moyens de communication non verbale visant à rendre le patient plus confortable et, encore une fois, établir une alliance thérapeutique. D'après un médecin de mon service, le Dr Alegre, "le regard est primordial dans le soin". En effet, d'après mes expériences en stages, le regard est très important. Les patients anxieux ou douloureux cherchent du réconfort et cela passe généralement par le regard. Pour moi,

maintenir un regard vers le patient, et surtout un regard rassurant et empathique, est un comportement nécessaire dans l'établissement d'une alliance entre le soignant et le soigné.

Au moment de la réfection du pansement, j'essaie alors de maintenir un regard chaleureux et empathique avec Mr L. Je le laisse tenir le masque du MEOPA, favorisant ainsi son autonomie dans le soin, tout en lui expliquant comment bien respirer le gaz dans le masque. La dépose du pansement se passe sans douleur, je continue de discuter avec Mr L de ses loisirs, de ses enfants, d'Indochine qui passe toujours en fond musical. La réfection du pansement est terminée. Il me reste à réévaluer la douleur de Mr L, et à lui demander son vécu du soin. Cette étape est très importante selon moi car elle permet d'évaluer l'efficacité du traitement et des techniques mises en place. Elle permet aussi au patient de se sentir pris en compte et valorisé car cela montre que sa douleur n'est pas oubliée, que nous la prenons en compte tout au long de son hospitalisation. Mes collègues infirmières réévaluent aussi régulièrement la douleur de leurs patients, toujours avec les mêmes échelles citées précédemment. Mr L réévalue sa douleur selon l'échelle numérique, il l'estime à 1/10. Il ajoute "J'appréhendais beaucoup le pansement parce que j'avais eu très mal les premières fois. Mais là, le fait que vous m'expliquiez le soin et les différentes méthodes pour soulager ma douleur m'a déjà mis en confiance et m'a déstressé. De plus, dès les premières minutes avec le gaz j'ai senti mon corps se détendre, se décrisper, et alors avec la musique, c'est comme si j'étais dans une bulle. Mais cette bulle était ouverte car on continuait de parler, vous m'avez prévenu de chaque geste que vous alliez faire, mais ils n'ont pas été douloureux du tout ! C'est hallucinant ! Franchement, je suis content et j'apprécie vraiment que les soins se passent sans douleur, et sans stress aussi !"

En entendant les propos de Mr L, je suis soulagée. Je suis soulagée car ce que me dit Mr L me rappelle la définition de l'alliance thérapeutique. En effet, selon [...], l'alliance thérapeutique est une union entre le soignant et le soigné, on parle aussi de collaboration. D'un côté il y a le soignant qui fait preuve d'empathie, de professionnalisme et de chaleur humaine, et de l'autre côté il y a le soigné, le patient, avec ses propres représentations, croyances et sa confiance à partager. Ces deux acteurs créent une alliance grâce à une écoute mutuelle, une négociation et une continuité des soins. Claudie et Audrey ajoutent que c'est aussi grâce au principe de non-jugement et à la patience de chacun. Je pense qu'en effet, l'écoute, l'absence de jugement et notre communication, aussi authentique, empathique et chaleureuse qu'elle soit, sont des éléments indispensables pour créer et maintenir une alliance entre le soignant et le patient. Avec Mr L, le but commun, c'est-à-dire pallier sa douleur, a été atteint en faisant preuve de collaboration, d'écoute et donc d'une confiance qui s'est construite progressivement.

6.4) Vers un patient acteur

En triant mon matériel de soins, Mr L m'interpelle : "Juliette, vous m'avez parlé d'hypnose avec Claude. Eh bien je crois que je suis prêt à tenter l'expérience pour une prochaine fois. J'en ai vraiment envie, quand je vois ce que de petites choses peuvent faire, j'ai envie de découvrir l'hypnose !" Je comprends alors que Mr L est adhérent aux soins. L'adhésion aux soins se définit comme la participation active et volontaire du patient à un comportement approprié pour obtenir un résultat thérapeutique favorable. Ici, Mr L choisit lui-même d'essayer une nouvelle méthode alternative afin de soulager sa douleur, ce qui est donc un résultat favorable pour la suite de la prise en charge de son ulcère. Une prise en soins qui s'annonce favorable pour Mr L et notre équipe soignante.

Quelques semaines plus tard, je croise Claude dans la salle de soins. Il m'annonce la sortie imminente de Mr L. C'est vrai que la cicatrisation est presque terminée et que Mr L a été très coopératif dans les soins que nous lui avons prodigués. Claude m'explique qu'aux vues de l'efficacité de l'hypnose sur Mr L, il va l'initier à l'autohypnose. L'autohypnose ? Je n'en ai jamais entendu parler, pourtant toute l'équipe, y compris Claudie et Audrey, semblent savoir de quoi parle Claude. Il m'explique que c'est destiné aux "douloureux chroniques" et que ça leur permet d'être autonome dans la prise en charge de leur douleur. Audrey ajoute qu'ils peuvent faire de l'autohypnose chez eux, sans avoir besoin de la présence d'un soignant formé. Effectivement, l'auto-hypnose a l'air d'être une méthode prometteuse pour les patients douloureux. Une question me vient alors à l'esprit :

En quoi l'autohypnose impacte le quotidien des patients douloureux chroniques ?

7) Conclusion

Un sujet de mémoire d'initiation à la recherche portant sur la douleur me semblait évident aux vues de sa présence dans tout type de services, chez tout type de patients et de pathologies. De plus, les expériences et situations rencontrées au cours de mes différents stages me ramenaient souvent à cette douleur, et à sa prise en charge. Ayant comme projet professionnel la pédiatrie, en fin de deuxième année, à l'approche de la première guidance, je pensais écrire un mémoire sur la distraction chez les enfants afin de soulager leur douleur et leur vécu parfois traumatisant des soins infirmiers. Cependant, au moment d'écrire mes situations d'appel, je n'avais aucune expérience en pédiatrie, aucune situation qui m'avait questionnée.

C'est lors de mon stage du cinquième semestre que mon sujet s'est éclairci et que ma question de départ a abouti. En effet, j'ai été particulièrement confrontée aux patients adultes douloureux ainsi qu'à des méthodes diverses et variées pour pallier ces douleurs. Un certain nombre de ces situations m'ont interpellée et m'ont questionnée, c'est pourquoi mes situations d'appel sont tirées de ce stage. De là a émergé ma question de départ, après maintes reformulations avec l'aide de ma référente de MIRSI : **En quoi l'utilisation de méthodes alternatives chez le patient douloureux pourrait avoir une incidence sur l'adhésion aux soins ?**

Après de nombreuses recherches et lectures, mon cadre conceptuel est écrit. Il attise davantage ma curiosité sur le sujet, ce pourquoi j'ai pris plaisir à le rédiger. Arrive ensuite le moment de questionner les professionnels du terrain. J'ai été ravie de partager ce moment avec les infirmières qui ont été investies et explicites dans leurs réponses. J'ai pu découvrir leur façon de travailler, leurs valeurs professionnelles et elles ont su compléter voire contredire les dires des auteurs de mon cadre théorique. Il ne me restait plus qu'à écrire la discussion dans laquelle je peux enfin détailler mon avis et mon positionnement professionnel.

Cette étape fût plus compliquée que les autres pour ma part car j'ai fait le choix, d'après les conseils de Christine LE BIHAN, de l'écrire sous forme de récit. Un récit qui porte sur la prise en soin de la douleur chez un patient adulte, très douloureux, avec qui je dois faire mon maximum pour soulager sa douleur. Ma principale difficulté a été de trier les informations de mon cadre théorique et de mes entretiens que je voulais insérer dans ma discussion. Chaque propos des infirmières interrogées me semblait pertinent. Au moment de rédiger un brouillon de ma discussion, j'ai longtemps eu ce qu'on appelle le syndrome de la page blanche. Puis après un certain temps, les idées fusaient, le tri des informations était efficace et mon histoire se dessinait petit à petit. A travers cette phase de discussion, j'ai pu obtenir des réponses à ma question de départ. La douleur est quelque chose de très personnel et

subjectif, il est donc indispensable de baser sa prise en charge sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Cette relation se construit grâce à de nombreux d'outils, dont notamment les méthodes alternatives, aussi variées qu'elles soient. Elles permettent un soulagement de la douleur mais aussi de l'anxiété intimement reliée à cette dernière, ce qui aboutit in fine à une adhésion au soin et une alliance thérapeutique.

Pour conclure, ce travail m'a permis d'élargir mes connaissances sur la douleur et sur sa gestion. Ma réflexion sur ce sujet a évolué au fur et à mesure que le mémoire s'écrivait. En effet, j'accorde une grande importance à l'évaluation de la douleur et à sa prise en charge ainsi qu'à la considération du patient dans sa globalité. J'ai aussi appris que la communication, qu'elle soit verbale, non verbale ou paraverbale, est un outil précieux qu'il faut savoir utiliser. Je me vois déjà utiliser la communication positive et thérapeutique avec mes patients à l'avenir.

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers m'a beaucoup appris et a répondu à beaucoup de mes questions, mais il en a suscité de nouvelles. Vais-je suivre une formation à l'hypnose formelle dans ma carrière professionnelle ? Vais-je me lancer dans un diplôme universitaire sur la douleur ?

La notion d'autohypnose m'intrigue et me questionne également sur sa mise en place, sa faisabilité, son efficacité etc. C'est pourquoi, si je devais poursuivre vers un sujet de recherche, ma question serait la suivante : **En quoi l'autohypnose impacte le quotidien des patients douloureux chroniques ?**

Bibliographie

- Adhésion, observance et persistance thérapeutique : de quoi parle-t-on ? - WeLL.* (2018, 7 février). WeLL. <http://well-livinglab.be/adhesion-observance-persistance-therapeutique-de-quoi-parle-t-on/#:~:text=L'adh%C3%A9sion%20th%C3%A9rapeutique%2C%20ou%20adh%C3%A9sion acceptable%20pour%20obtenir%20un%20r%C3%A9sultat>
- Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé. (s.d). *Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses.* https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf
- Association Hacavie. (2019). *Hypnovr, la réalité virtuelle au service du médicale.* <https://hacavie.fr/aides-techniques/innovation/articles/hypnovr-la-realite-virtuelle-au-service-du-medicale/#:~:text=HYPNOVR%20apporte%20un%20univers%20multi,gyn%C3%A9cologie%20et%20la%20chirurgie%20p%C3%A9diatrique>
- Brennstuhl, M. (Dir.). (2018). *Prendre en charge la douleur chronique.* Dunod.
- Dgos. (2022, 16 mars). *Douleur : de quelle douleur parle-t-on ?* Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-de-quelle-douleur-parle-t-on>
- Dgos. (2023, 4 avril). *La douleur.* Ministère de la Santé et de la Prévention. <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>
- Dupuis, A.N. (2023). *La Réalité Virtuelle au service de l'Hypnose Thérapeutique. Hypnose2Normandie.* <https://hypnose2normandie.com/index.php/tout-savoir-sur-les-seances-dhypnose/realite-virtuelle-hypnose-vr/>
- Guillemin, E. (2015, avril). Identifier et prévenir la douleur liée à un soin effractif. *Soins.* (n°794). p.42-45.
- Haute Autorité de Santé. (2022). *Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf
- IFSI Dijon. (2016). *Alliance thérapeutique.* <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/10/2016-Alliance-therapeutique-group-e-un.pdf>

- Institut National Du Cancer. (2022). *La douleur, c'est quoi ?*
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi>
- Institut National Du Cancer. (2023). *Soulager par des techniques non médicales.*
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-par-des-techniques-non-medicales>
- Lorreyte, C., Alegre, M. (2020, 25 novembre). La Communication Soignant - Soigné : un espace de guérison ? *Christophe Lorreyte.*
<https://christophe-lorreyte.fr/communication-soignant-soigne-vers-un-espace-de-guerison/#:~:text=La%20communication%20soignant%20soign%C3%A9%20est,court%20et%20%C3%A0%20long%20terme>
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (1997). *La relation soignant soigné.* 3e éd. Lamarre.
- Medtronic. (2020). *Douleur neuropathique chronique | Medtronic.*
<https://www.medtronic.com/fr-fr/patients/pathologies/douleur-chronique.html#:~:text=La%20douleur%20neuropathique%20>
- Peoc'h, N., Lopez, G., Castes, N. (2007). Représentations et douleurs induites : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension. *Recherche en soins infirmiers*, (n°88), p. 84-93.
- Ricard-Hibon, A. (2014). *La douleur induite par les soins.* Société Française de médecin d'urgence.
https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/033.pdf
- Schneider, M. P. (2013, 15 mai). *Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire.* *Revue Medicale Suisse.*
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-386/adhesion-therapeutique-du-patient-chronique-des-concepts-a-la-prise-en-charge-ambulatoire>

IMAGE :

Rorya, F.M. (2014). Pinterest

ANNEXE I : Le guide d'entretien

Bonjour, merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. Cet entretien est enregistré et sera anonymisé. Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter ?

Partie I : La douleur

1. Comment définiriez-vous la douleur ?
2. Pour vous, pouvons-nous catégoriser la douleur en différents types ?
3. Est-ce que la douleur peut être induite par des soins ? Si oui donnez des exemples de soins ?
4. Quels moyens utilisez-vous pour évaluer les douleurs ?

Partie II : Les méthodes alternatives

1. Pour vous, qu'est ce qu'une méthode alternative pour soulager la douleur ?
2. Qu'est ce que le MEOPA et pour quelles douleurs est-il utilisé ?
3. Qu'est-ce l'hypnose et pourquoi est-elle utilisée dans la prise en charge de la douleur ?
4. Connaissez-vous l'hypnoVR et qu'en pensez-vous ?
5. Y-a-t-il d'autres méthodes qui vous viennent à l'esprit?
→ quels bénéfices ?

Partie III : L'alliance thérapeutique

1. Y-a-t-il une manière particulière pour communiquer avec un patient douloureux ?
→ y-a-t-il des mots qui peuvent induire une peur? une appréhension ?
2. Comment instaurer une relation de confiance avec un patient ?
3. Selon vous comment créer une alliance thérapeutique avec le patient?
→ Quelles qualités doit-on développer pour y parvenir

Merci beaucoup pour votre attention et votre temps.

ANNEXE II : La retranscription entretien n°1

Entretien n°1 : Audrey, IDE DU douleur

Juliette : On rentre dans le vif du sujet, donc pour toi, comment tu définirais la douleur ?

Audrey : Alors, euh la douleur... est-ce qu'il faut la définition classique ou euh ?

Juliette : C'est toi qui vois, je vais réorienter si besoin mais ce qui te passe par la tête.

Audrey : Alors la douleur souvent la définition un peu classique c'est expérience euh, c'est une expérience subjective. La notion de subjectivité elle est importante parce que la douleur elle est vraiment propre à chacun. Donc ; expérience subjective, désagréable, consécutive à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. Après, moi ma propre définition c'est que la douleur elle a vraiment plusieurs composantes, peut-être qu'on va le re-détailler un peu plus tard, et que elle est aussi bien, souvent quand on parle de douleur on pense tout de suite à l'aspect physique des choses, mais il y a toute cette notion aussi psychique de la douleur qui rentre aussi dans la définition quoi. On parle de, dans la définition de la douleur, on parle de souffrance physique mais aussi de souffrance morale.

Juliette : Morale... Du coup est-ce que tu peux développer sur les composantes ou sur la souffrance morale ?

Audrey : Ouai, donc dans la douleur du coup il y a plusieurs composantes. La composante qu'on appelle sensorielle c'est-à-dire ce que le malade il ressent physiquement, donc quand il va dire bah "j'ai mal au ventre" ou "j'ai mal à la tête" etc. La composante euh, alors que je ne me trompe pas, la composante sensorielle... la composante comportementale c'est à dire comment le malade il va montrer cette douleur c'est à dire que ça dépend de plein de choses, ça peut dépendre de la culture, du ressenti de l'histoire de la maladie. Il y a des gens qui vont coter une douleur à 10 qui vont être parfaitement stoïques au niveau du visage, qui n'ont pas forcément de faciès douloureux etc. et à côté de ça il y a des gens qui hurlent de douleur sur une douleur cotée à 3. C'est aussi pour ça qu'on parle de subjectivité. Euh voilà. Donc voilà ça c'est... c'est cette partie-là. L'autre composante c'est la composante cognitive, c'est-à-dire c'est ce que..., le sens que le malade donne à sa douleur. Je donne toujours l'exemple c'est-à-dire que quand nous on a mal au ventre par exemple parce qu'on a nos règles, on se dit bah "d'accord j'ai mal au ventre parce que j'ai mes règles". Un patient qui a un cancer de l'estomac et qui a des douleurs au ventre, il va mettre sa maladie derrière cette douleur et du coup le sens qu'il lui donne c'est pas du tout la même. C'est-à-dire que la douleur elle peut être significative d'une reprise de la maladie, de tout ça... et donc forcément ça va entraîner autre chose derrière et ça peut potentialiser la douleur. Voilà, donc j'ai dit quoi ? Composante euh...

Juliette : Sensorielle, comportementale, cognitive

Audrey : et émotionnelle, la dernière, voilà. Ce que ça va projeter du coup sur le patient et comment il va réagir à cette douleur là. Il y a des gens qui se renferment complètement sur des épisodes douloureux, il y a des gens qui expriment beaucoup. Voilà ça c'est, voilà. Donc ces quatre composantes là elles sont très importantes à prendre en compte et d'autant plus, je trouve, dans des parcours comme ici par exemple en soins palliatifs où les gens ils ont une histoire de la maladie qui a déjà démarré depuis longtemps où ils ont des facteurs douloureux très importants depuis le début de leur parcours et où du coup ils donnent un sens finalement à cette douleur. Je prenais aussi l'exemple de quelqu'un qui est piqué sur sa chambre implantable une fois, bah la douleur elle est là c'est la douleur de la piqûre voilà. Mais quelqu'un c'est la cinquantième fois qu'il se fait piquer sur sa chambre implantable, il a eu plein de chimio etc. bah la douleur de la piqûre c'est toujours la même et pourtant le ressenti ne sera pas forcément le même puisque bah il met autre chose derrière.

Juliette : Ouai, il y a un vécu et tout ça

Audrey : Ouai, voilà.

Juliette : Ok, très bien. Et hum pour toi est-ce qu'il est possible de catégoriser la douleur en plusieurs types ? Quels types selon toi ?

Audrey : Alors il y a plusieurs réflexions, y'a plusieurs choses. Il y a tout ce qu'on appelle les douleurs par excès de nociception. C'est des douleurs qui sont vraiment liées à une lésion, à une tumeur ou voilà. Ce type de douleur c'est des douleurs qui répondent parfaitement bien aux antalgiques classiques. Il y a toutes les douleurs qui sont plutôt neuropathiques. Donc les douleurs neuropathiques c'est des lésions qui sont souvent définitives qui entraînent aussi des douleurs chroniques. Donc voilà. Et donc ces douleurs-là elles sont moins sensibles aux antalgiques classiques, elles vont devoir être traitées autrement. Donc il y a ces 2 types de douleur là. Il y a aussi ce qu'on appelle bah la douleur aiguë et la douleur chronique. C'est-à-dire qu'une douleur aiguë les gens ils ont mal un temps donné et on sait que cette douleur là elle va disparaître. La prise en charge de la douleur chronique elle est différente puisqu'on est sur du long terme et tout l'aspect psychologique qu'il y aura derrière ce ne sera pas du tout le même parce qu'il va falloir accepter cette douleur, accepter de vivre avec et accepter qu'on ne reviendra jamais à l'état d'avant de non douleur finalement. Donc voilà, douleur aiguë, douleur chronique, douleur par excès de nociception et neuropathiques et puis euh bah ce qu'on disait, la douleur physique et la douleur psychique.

Juliette : Ok. Tu en as déjà un petit peu parlé mais est-ce que, pour toi, la douleur elle peut être induite par les soins et si oui est-ce que t'as des exemples de soins particulièrement douloureux ?

Audrey : Oui, complètement, bah alors nous c'est ce que, en cancérologie c'est ce qu'on essaie de faire justement, c'est de réduire un maximum. La douleur induite par les soins c'est un gros facteur de douleur chez nos patients. Effectivement on est amené à juste par exemple en faisant une toilette... la toilette typiquement qui est censée être un soin de confort peut vite être un soin qui devient douloureux. Tout ce qui est autour des mobilisations, par exemple les brancards pour aller en

radiologie, nos pansements, nos prises de sang, nos perfusions, enfin on fait quand même euh, en tant qu'infirmière on fait quand même beaucoup de gestes invasifs et donc c'est à nous aussi de pouvoir, c'est de notre rôle d'anticiper les choses et du coup de se dire "là on sait qu'on va faire un soin potentiellement douloureux pour le patient donc comment on gère en amont la douleur pour que effectivement ce soin ne soit pas douloureux justement ?". Et c'est tout l'objectif de ce qu'on fait ici au quotidien quoi.

Juliette : Prise en charge de la douleur quoi, ouai.

Audrey : mh

Juliette: Très bien, ok. Et quels moyens vous utilisez pour évaluer les différents types de douleurs ?

Audrey : Alors, ici on utilise essentiellement deux échelles. L'échelle numérique, c'est-à-dire "de zéro à dix, est-ce que vous avez mal ? Zéro pas du tout de douleur, dix douleur insupportable". Le seuil de traitement c'est 3 sur 10. Donc ça c'est l'échelle qu'on utilise nous, euh on utilise aussi l'algoplus. Il est enregistré nous dans notre dossier informatisé et donc l'algoplus c'est vraiment pour les patients qui sont non communicants. Donc là on remplit un formulaire et le seuil c'est supérieur ou égal à 2 sur 5, on considère que le patient est douloureux et dans ce cas là on va pouvoir mettre un antalgique. Moi j'utilise aussi, parce que des fois les personnes âgées qui sont communicantes, quand ils sont un petit peu perdus etc, leur dire "de 0 à 10" c'est compliqué d'évaluer. C'est pas forcément une échelle qui est très fiable donc souvent on utilise ce qu'on appelle l'échelle verbale simple. C'est-à-dire on dit "est-ce que vous avez pas du tout mal, un peu mal, moyen mal, beaucoup mal". C'est plus facile pour les personnes communicantes qui ont un peu plus de mal à gérer le 0 sur 10.

Juliette : Ok, ça marche.

Audrey : Donc c'est les trois échelles qu'on utilise essentiellement ici.

Juliette : Ok. Ensuite, on part un petit peu sur autre chose : pour toi qu'est-ce qu'une méthode alternative pour soulager la douleur ?

Audrey : Euh bah c'est des thérapies. Pour moi les méthodes alternatives c'est des thérapies non médicamenteuses. Ici c'est pareil on pratique énormément. Effectivement, alors c'est ce que j'explique toujours, c'est à dire que, donc il y a les médicaments qui sont là en support, on en a besoin, mais on est forcément obligé et encore plus en cancérologie et en soins palliatifs de l'associer à d'autres techniques, non médicamenteuses. Alors, il y a une première choses, la première c'est quand on va poser un antalgique soit un paracétamol, soit de la morphine à un patient qui est douloureux, souvent bah quand on n'a pas forcément le temps, on pose le paracétamol, on s'en va. C'est pas forcément l'idéal. Poser un paracétamol, s'asseoir discuter avec le patient de sa douleur etc. ça peut déjà désamorcer une douleur. Enfin en tout cas en partie. Ça suffit pas mais en tout cas ça peut déjà désamorcer. Donc ça, ça peut faire partie d'une thérapie non médicamenteuse, de verbaliser avec le patient. Le fait d'évaluer sa douleur déjà et de réévaluer après le traitement ça permet aussi de,

d'instaurer une relation de confiance avec le patient et donc désamorcer aussi. Quand on est douloureux, d'avoir quelqu'un qui nous écoute et qui prend en compte la douleur, déjà de fait ça désamorce la douleur. Euh, donc ça et puis toutes les autres thérapies alternatives qu'on utilise nous beaucoup ici c'est la socio esthéticienne qui fait beaucoup de massage etc. aux gens qui sont douloureux. Ça fonctionne bien. C'est ce qu'on fait nous aussi quand, alors il y a la socio esthéticienne mais nous aussi quand on fait des soins de confort l'après-midi par exemple et qu'on fait des massages dans le dos etc. Ça aussi ça participe à désamorcer des situations douloureuses. Donc la socio esthéticienne, nous quand on fait des massages, il y a tout ce qui est autour du kiné aussi, tout ce qui est mobilisation. Les patients qui restent beaucoup alités il y a un engourdissement qui peut provoquer des douleurs donc la aussi par la mobilisation etc ils peuvent participer à ça. Euh, l'art thérapeute. Alors nous on n'a plus d'art thérapeute mais on en avait une et ça fonctionnait très bien c'est à dire que par exemple quand on avait des patients douloureux au cours de toilettes, elle venait et par exemple elle chantait pendant la toilette, donc ça permet aussi de désamorcer certaines situations douloureuse. Ça fait un peu une technique de diversion aussi pour le patient c'est-à-dire qu'il se concentre sur la voix et sur le chant et ça évite de penser à "quand on tourne la je vais avoir mal" etc. On fait de la médiation animale aussi qui marche bien effectivement sur aussi des patients douloureux. C'est pareil, c'est le même principe c'est-à-dire qu'on détourne le... bah l'attention du patient elle est plus centrée sur sa douleur elle est centrée sur l'animal et du coup ça permet de détourner un petit peu les choses. Voilà, après il y a plein d'autres techniques que nous on ne pratique pas ici mais la sophrologie, y'a toutes les techniques snoezelen aussi, je sais pas si tu en as entendu parlé. On l'a pas mis en place mais on pense à mettre en place la snoezelen avec la lumière. Ça fonctionne bien. Et puis quelque chose qu'on utilise ici aussi c'est Morphée, qui est juste là, la petite boîte là. C'est des boîtes de relaxation et en fait pour les patients qui sont douloureux bah ça permet de se mettre dans des état un peu de méditation. Ça fonctionnait bien aussi.

Juliette : D'accord, je ne connaissais pas. Intéressant. Et hum, ça on est d'accord c'est médicamenteux mais le MEOPA, est ce que tu peux m'en parler un petit peu ? Ce que c'est, est-ce que vous l'utilisez ici ou est-ce que tu l'as déjà utilisé ?

Audrey : Oui. Alors le MEOPA c'est un gaz, indolore, qui permet effectivement lors de soin potentiellement douloureux, administré en amont ça permet d'éviter la douleur. L'avantage c'est que ça se résorbe, dès qu'on enlève le masque ça se résorbe assez rapidement donc voilà c'est plutôt efficace. Utilisé sur du long terme c'est plus compliqué, ça a montré que ça avait ses limites aussi, le MEOPA. On n'utilise sur des gros pansements par exemple essentiellement. Sur des soins qui sont un petit peu long, qui sont douloureux pour les patients effectivement on peut utiliser le MEOPA. Et alors les gens réagissent différemment mais effectivement c'est une technique qui peut bien fonctionner.

Juliette : Ok. Donc il y a eu des cas où il y a eu des gens qui ne réagissaient pas ou qui réagissaient euh...

Audrey : Ouai, il y a des gens chez qui le MEOPA n'est pas suffisant ou qui tolèrent pas bien le MEOPA, il y a des gens qui peuvent avoir des crises de larmes etc. avec, ça peut les mettre dans un état de mal-être un petit peu. Dans ce cas là souvent c'est revu. Ça fait partie des... c'est une technique médicamenteuse, mais qu'on peut utiliser ouai.

Juliette : Ok. Et pour toi qu'est-ce que l'hypnose et pourquoi est-ce qu'elle est utilisée dans la prise en charge de la douleur ?

Audrey : Bah alors ça rejoint ce que je disais c'est à dire que l'hypnose on est vraiment dans se mettre dans un état différent, sortir de son... fin voilà, c'est se mettre dans une bulle et sortir de son état de, c'est-à-dire "quand je suis douloureux je pense qu'à ça je pense qu'à ma douleur", là, l'hypnose c'est aller ailleurs, un autre endroit pour sortir de cet état douloureux. Ce qu'ils font souvent, ce qu'ils pratiquent souvent aussi en hypnose c'est se dissocier de soi-même en fait pour essayer de, justement, mettre la douleur un peu à distance. C'était quoi l'autre partie de la question ? Ah oui, à quoi ça... pourquoi ça induit le fait que ce soit moins douloureux? Euh parce que effectivement ça entraîne une diversion de la conscience du patient qui est plus centrée du coup sur sa douleur mais qui est ailleurs. Maintenant d'ailleurs ils pratiquent beaucoup de l'auto-hypnose c'est-à-dire qu'ils apprennent aux patients à se mettre en état d'hypnose. Les patients qui sont douloureux chroniques souvent ça fonctionne plutôt bien quand ils peuvent le faire chez eux, eux-même, et ils se mettent en... ils se font une petite hypnose et comme ça ça leur permet de détourner leur attention de la douleur. Mais c'est vraiment, l'hypnose c'est vraiment une technique de diversion. Complètement.

Juliette : C'est ça. Ok. Et est-ce que tu connais l'hypnoVR et qu'est-ce que tu en penses ?

Audrey : L'hypnoVR ?

Juliette : Ouai, c'est les casques de réalité virtuelle...

Audrey : Aaah oui les casques de réalité virtuelle !

Juliette : Avec un son et tout ça.

Audrey : Oui effectivement. Alors bah je sais que ça a été utilisé en chimiothérapie, c'était à l'étude pour les patients. Nous on l'a jamais utilisé sur nos patients mais je sais qu'il y a des bons... il y a plutôt des bons retours là-dessus. Après je pense que c'est vraiment dépendant des patients. Nous on avait testé un casque de réalité virtuelle pour voir ce que ça faisait. Je trouve que ça fait un peu mal à la tête, ça tourne un peu la tête donc je pense que c'est vraiment dépendant des patients, il y a des patients qui peuvent ne pas supporter d'être dans cet état là mais en tout cas ça fonctionne bien. C'est surtout utilisé, par exemple aussi pour les départs au bloc où les gens sont très anxieux, appréhendent la douleur etc. Ça permet aussi de se mettre dans un autre état, et de voilà, et de complètement faire diversion et de hum... en fait, ce qui accentue aussi les éléments douloureux c'est par exemple quand on part au bloc opératoire etc. on voit tous les couloirs défiler, le plafond, on entend tous les bruits qui se passent autour de nous, le petit tournevis là du bloc qui se met en marche, euh les odeurs etc. Donc

tout ça ça met dans des conditions qui favorisent l'anxiété et qui favorisent du coup la douleur. Plus on est anxieux....

Juliette : C'est un peu lié quoi.

Audrey : Voilà. Et du coup bah là on a plus, du coup, les sons qui sont désagréables, on a plus les images qui sont désagréables, et du coup ça permet d'améliorer le confort du patient, et sur le plan de l'anxiété, et sur le plan de la douleur.

Juliette : Ok. Maintenant est-ce qu'il y a une manière particulière pour communiquer avec un patient qui est douloureux ?

Audrey : Alors, il y a tout ce qu'on appelle la communication thérapeutique, la communication bienveillante, c'est-à-dire que, il y a des études qui ont démontré que, normalement, dans notre pratique, l'idée c'est d'utiliser des termes positifs. On ne devrait pas dire à un patient "êtes-vous douloureux?", quand on demande s'il est douloureux on induit déjà qu'il a mal et donc on se met déjà dans un état un peu... pas bien. Donc l'idée c'est d'utiliser des termes un peu plus positifs, "êtes-vous confortable ?", "comment vous sentez-vous?" etc. Et c'est pareil, un patient qui est douloureux, on ne dit pas "ne vous inquiétez pas" on dit plutôt "rassurez-vous". Quand on dit "ne vous inquiétez pas" les gens ce qu'ils entendent c'est "inquiétude". Donc voilà, "rassurez vous" ils entendent "réassurance", et ça c'est des mots qui favorisent, donc vraiment l'idée c'est la communication bienveillante, on parle avec des mots positifs. Je suis convaincue que la clé aussi c'est de prendre le temps. Voilà, rester, s'asseoir auprès d'un patient qui est douloureux, bah ça permettra de désamorcer les choses plutôt que de juste passer en coup de vent et de dire "D'accord, oui, oui je vous ai entendu" en fait. Si vraiment on s'assoit et qu'on prend le temps, il considère qu'on a vraiment pris en compte sa douleur et ça ça participe euh, ça participe à tout ça. Et donc l'idée c'est effectivement de rassurer, de prendre le temps et puis d'être présent en fait. Parce qu'en fait, d'être tout seul dans sa chambre, douloureux, c'est plus difficile à gérer que d'avoir quelqu'un à ses côtés.

Juliette : C'est vrai. Et que penses-tu de la négociation dans la relation soignant-soigné ? Est-ce que vous l'utilisez beaucoup dans la... pour prendre en charge justement la douleur, est-ce qu'il y a des fois où vous êtes obligé de, d'avoir recours à la négociation dans vos soins parce que les patients ne sont pas assez confiants ou ils ont peur que la douleur soit toujours là ?

Audrey : Alors en soins palliatifs, on respecte quand même beaucoup ce que le patient demande. On n'est pas trop dans cette négociation là. Un patient qui a vraiment mal et qui ne veut pas sa toilette souvent, il n'y a pas de négociation. On ne fait pas la toilette, on reviendra plus tard en fait. Ça se passe plutôt, en règle générale, comme ça. Parce qu'aussi on est dans un service un peu particulier.

Juliette : Ouai, c'est vrai.

Audrey : Du coup, c'est vrai que de fait voilà, on n'est pas dans cette négociation là. Un patient qui refuse le soin sans être douloureux là oui on va être dans une approche de négociation en

disant bah “si on va essayer de faire le soin” etc. Les patients douloureux c’est plus rare. Après par exemple les patients douloureux, c’est déjà arrivé qu’on ait des patients qui aient des gros pansements, très douloureux et on est obligé de faire le pansement là, on n’a pas le choix. Bah effectivement on va devoir négocier un petit peu les choses, donc là c’est de prendre le temps, d’expliquer les traitements qu’on fait en amont, d’expliquer tout ce qu’on va faire au patient, étape par étape, ce qu’on va mettre comme traitement avant pour qu’il soit soulagé, pour qu’il soit le mieux possible etc. Et puis ça m’est déjà aussi arrivé de, j’avais déjà un patient qui était extrêmement douloureux et qui devait descendre se faire poser un picc-line en radiologie. Il appréhendait énormément parce que il avait très très peur d’avoir mal, c’était un patient qui était extrêmement douloureux. Et bah, ça voulait dire le mettre sur un brancard, descendre à la radio etc. Et j’arrivais pas du tout à ce qu’il accepte ça en fait alors qu’il en avait vraiment besoin. Et donc j’ai fini par dire bah “la je vous explique tout ce que je vous met en amont, toute la prémédication qu’on va faire avant” et j’ai dit “je descends avec vous comme ça je serais là, je pourrais dire ‘attention le monsieur il a mal ici etc’”. Et donc je suis descendue avec le patient et c’est comme ça qu’on a réussi à le faire descendre. Donc parfois oui, on est obligé de négocier mais c’est vrai qu’en soins palliatifs on est plutôt dans un accompagnement en fonction du rythme et comme les pics douloureux sont variés au cours de la journée bah on a tendance à plutôt justement se dire et “ben on va plutôt privilégier un autre moment pour revenir et attendre que la crise douloureuse soit passée”.

Juliette : Ok. Selon toi, comment créer une alliance, enfin tu en a déjà un petit peu parlé mais quelles qualités faut-il avoir pour créer l’alliance thérapeutique avec le patient ?

Audrey : Bah alors effectivement l’écoute du patient, c’est ce que je disais aussi, le fait d’évaluer sa douleur c’est un des premiers éléments parce que le fait de l’évaluer il va se sentir pris en compte donc c’est ça aussi qui va créer l’alliance. Pareil sur le fait de réévaluer après un soin douloureux ça permet aussi de réorienter le traitement et c’est ce qui va permettre au patient de se dire “bah en fait là effectivement on prend bien en compte ce que je dis”. Il y a une attitude de non jugement aussi. C’est-à-dire que des fois il y a des patients qui disent “je suis à 10” comme on disait tout à l’heure, qui sont stoïques et ils vont dire “bah en fait vous n’allez pas me croire parce que je ne crie pas quoi”, bah si en fait on n’a pas à porter de jugement, chaque douleur est différente et donc si un patient me dit qu’il est à 10, je le crois. Et donc on mettra les médicaments en conséquence. Donc ça, ça fait vraiment partie de, ouai, ne pas être dans le jugement c’est très important. Voilà. Écouter le patient et puis qu’il se sente écouté et compris. Ça, ça fait vraiment partie de ce qui va établir la relation de confiance.

Juliette : Ok. Eh bien, tu m’en a dit beaucoup !

Audrey : Ouai ça va ? Ça a bien répondu à tes questions ?

Juliette : non c’est très très bien ! C’est parfait, merci !

ANNEXE III : La retranscription de l'entretien n°2

Entretien 2 : Claudie, IDE DU hypnose et communication thérapeutique

Juliette : Donc pour commencer, assez large, comment est-ce que tu définirais la douleur ?

Claudie : alors la douleur c'est un, on va dire, étant formée, la douleur c'est un signal d'alarme avant tout, la douleur c'est, je vais pas redire la définition parce que tout le monde la connaît mais voilà c'est vraiment un signal d'alarme pour la personne et surtout pour le soignant. Le soignant doit être alerté par la moindre douleur et faire ce qu'il faut en fait pour que son patient soit le plus confortable possible. Alors c'est vrai que, et surtout que, moi je dirais parce que - en étant plein dans les soins - un patient euh.. en fait il faut toujours croire le patient qui dit qu'il a mal parce que parfois on peut interpréter une douleur d'un patient en disant "bah tiens les souris mais il dit qu'il a une échelle numérique à 9", ben ouai mais c'est sa représentation de la douleur. Donc voilà c'est vraiment un signal d'alarme qui en fait va induire un inconfort autant au niveau du corps mais au niveau aussi psychologique, et bien souvent on peut rentrer dans des cercle vicieux avec la douleur et être aussi en dépression parce que voilà c'est une douleur qui peut se chroniciser, parce que dans les douleurs il y a plusieurs types de douleurs et nous dans le service on est confronté à ces différents types de douleur. La douleur aigue liée à la chirurgie post-opératoire, la douleur chronique liée au fait, bah le fait que nos patients souvent ils ont des plaies qui durent dans le temps, qui est supérieur à 3 mois et qui est souvent difficile à combattre aussi parce que voilà et on donne plein d'antalgique mais malgré tout ça ils restent dans leur douleur et on a les douleurs neuropathique, nous liée à nos plaies, à nos amputations. On a les douleurs liées au membre fantôme, autant les sensations que les douleurs du membre fantôme parce qu'on a des amputations majeures, aux jambes, aux cuisses, trans-tibiales, trans-fémorales. Et on a les douleurs induites liées au soin. Peut-être que j'en ai encore oublié mais en fait on a tout un panel de douleur nous et il faut qu'on fasse tout pour que notre patient soit confortable. C'est l'objectif.

Juliette : Ok. Je vais rebondir sur la douleur induite, donc tu m'a dit que ça existait, est-ce que tu peux la définir et donner des exemples de soins dans lesquels elle peut arriver ?

Claudie : Ah bah la douleur induite c'est la douleur qui va être iatrogène, qui est induite par le soignant généralement. Donc nous dans le service, alors ça peut être une mobilisation dans le lit, un levé. Ça peut être lors d'une verticalisation d'un patient, nos patients amputés en orteils, bah l'appui fait mal. Ça peut être un soin : prise de sang, pose de perf, ablation d'un redon, d'un drain, ce qu'on a dans le service. Ce sont les détersions de nos plaies, on utilise la curette, on utilise le bistouri. C'est vrai qu'on induit quand-même beaucoup des douleurs même si parfois nous avons des patients diabétiques avec des neuropathies diabétiques mais ils ne sont pas tous avec une neuropathie donc

c'est vrai qu'on induit des douleurs. Les douleurs induites eh ben, après alors vraiment des choses induites, ça peut être... je réfléchis parce que j'ai fait quand-même le tour. Après ça peut être des douleurs induites même psychiques, ne serait-ce que par nos mots on peut induire une douleur. Voilà "je vais faire..." je sais pas "je vais piquer", "je vais faire la détersion" nos patients connaissent bien nos instruments donc dès qu'on parle de curette euh... donc voilà c'est vrai que c'est tout un... on a quand même beaucoup de soins qui peuvent induire quand-même des douleurs.

Juliette : Ok. Et comment est-ce que vous évaluez la douleur ici? Quels moyens vous avez ?

Claudie : Alors nous on a l'échelle numérique. On n'a pas l'échelle visuelle analogique parce qu'on a pas de réglette et puis je pense qu'elle serait vite perdue. Alors on a l'échelle numérique qui est "0 pas de douleur, 10 la pire des douleurs imaginable". Mais en fait moi étant formée en l'hypnose j'aime pas cette échelle là parce qu'on parle de douleur mais bon voilà après elle est très subjective mais bon les patients arrivent à s'y retrouver. Après j'utilise aussi beaucoup l'échelle verbale simple et j'ai des collègues qui l'utilisent aussi parce que elle permet aussi de bien concentrer, de bien savoir voilà "vous avez mal, est-ce que c'est un peu, moyennement?" certains arrivent mieux à s'y retrouver avec cette échelle là et j'utilise beaucoup l'algoplus aussi parce que l'algoplus bah n'empêche que le langage non verbal est quand-même très... il suffit d'observer et on voit plein de choses, et aussi en écoutant. Donc c'est vrai que l'algoplus est très intéressante même chez les patients qui communiquent. Parce que normalement c'est non-communicant mais c'est vrai que elle est très intéressante pour ça aussi parce que ça permet de voir aussi. Après on utilise aussi, nous, la DN4 ; la douleur neuropathique en quatre questions parce que on a quand même des traitements, en fait, liés à ces douleur neuropathiques, les traitements par prégabaline, lyrica et donc voilà. Voilà en gros nos échelles, c'est ça.

Juliette : les principales...

Claudie : Ouai, tout à fait.

Juliette : Ça marche. Donc maintenant sur les méthodes alternatives : qu'est ce que c'est pour toi ?

Claudie : Les méthodes alternatives eh bien t'en a plusieurs. Tu as ne serait-ce que, nous en fait on a un panel de plein de petites choses parce que moi je suis formée à l'hypnose et à la com' thérapeutique, certains de mes collègues à la communication thérapeutique. Alors ça, je vais commencer par ce que j'aime : la communication thérapeutique c'est formidable dans le sens où tu vas parler à ton patient sans utiliser de mots qui crée une douleur. Donc tu parles d'autre chose tout simplement, tu vas avoir des attitudes qui vont faire que tu vas te mettre en effet miroir avec ton patient et ben rien que ça en fait, tu rentres en relation avec ton patient et ton patient bah potentiellement c'est vrai qu'il va être plus en confiance, il va plus adhérer au soin, il sera peut-être moins douloureux. Donc ça c'est très important et c'est surtout créer ce lien de confiance avec le patient. Et le lien de confiance c'est dès les premières secondes de la rencontre, on crée l'alliance

thérapeutique et rien que ça parfois c'est un effet antalgique également. Donc on va utiliser notre vocabulaire en utilisant des mots qui vont être plutôt confortables, des mots positifs donc voilà après c'est vrai qu'au départ ça demande une gymnastique... Moi ça m'a pris du temps de changer le "ne vous inquiétez pas" par "rassurez-vous" c'est vrai que pendant longtemps je l'ai dit le "ne vous inquiétez pas" et maintenant j'ai même du mal à le dire tu vois. Et même personnellement je ne le dis plus chez moi donc c'est vraiment c'est ancré en fait ça devient inconscient comme l'apprentissage du vélo, mais voilà. Après bon sur les hypnose formelles donc je suis formée à l'hypnose donc je vais utiliser des outils qui vont permettre à mon patient d'être complètement défocalisé de son soin et peut-être même se retrouver chez lui ou à faire un saut en parachute parce que j'ai eu ça déjà, et moi je peux utiliser mon bistouri, couper et voilà faire la détersion de ma fibrine, de mes tendons, gouger des os... et le patient n'aura pas de douleur. Donc ça, voilà, c'est la formation en hypnose qui me permet de faire ça et le patient il vit ce soin de façon confortable. Après l'idée c'est de le rendre autonome par l'autohypnose, d'où le sujet de ma recherche. Parce que j'ai des patients qui le font donc c'est pour ça que je suis partie sur cette recherche. Après dans le service on utilise aussi la musique, sans avoir de formation en musicothérapie mais voilà on demande ce qu'ils aiment et c'est vrai que ça marche relativement bien. Ça peut être simplement ben on utilise les huiles essentielles aussi voilà on a une petite formation avec les huiles et puis comment mixer les huiles justement en lien avec la douleur, l'anxiété. Parce qu'il faut savoir que pour la douleur en fait, c'est beaucoup d'anxiété. L'anxiété augmente la douleur parce que chez nous nos patients, leur plaie ils l'ont pas du jour, souvent ils l'ont depuis des semaines donc une douleur mémorisée, une douleur anticipée augmente la douleur du présent. Donc le fait d'agir sur l'anxiété, les peurs, on peut diminuer la douleur du présent. Donc ça c'est très intéressant. Voilà après j'ai des collègues qui ont énormément d'humour donc l'humour ça marche super bien et puis ce qui est important c'est de défocaliser le patient de sa plaie, le distraire, la distraction. Parler d'autres choses. En plus nos patients âgés sont riches de leur histoire, autant professionnelle que personnelle avec les petits enfants, leur passion, le jardin, la cuisine. Et ça finalement c'est de la com' thérapeutique parce que leur parler de ce qu'ils aiment faire, ça les défocalise du soin et c'est totalement de la communication thérapeutique. Donc voilà, en gros.

Juliette : Ok, très bien. Et donc tu m'as parlé un petit peu de l'hypnose, est-ce que tu peux donner une définition et expliquer comment tu fais un petit peu, dans le soin ?

Claudie : Dans le soin ? Alors bah moi déjà la définition, *Milton Erickson* c'était un psychiatre américain qui a ramené en fait l'hypnose permissive, c'est pas une hypnose directive. Là c'est le patient qui a toutes les ressources en lui qui va lui permettre en fait de trouver la solution à ses problèmes, c'est ce qu'il dit. Mais en fait il avait donné une définition que moi je trouve très belle c'est que "l'hypnose c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par une autre" donc qui est suscitée par, moi je dirais par le soignant mais qui a lieu dans le patient et je trouve ça, c'est une très belle définition parce que justement sans relation, sans communication, sans

ce lien de confiance on peut pas faire d'hypnose. Donc déjà ça c'est important et après ben dans l'hypnose, moi dans les soins, alors j'utilise dans les soins mais je peux utiliser à d'autres moments par exemple en pré-opératoire chez les patients qui sont anxieux avant la chirurgie du lendemain ou simplement si j'ai du temps et que le patient veut un peu de détente eh ben j'y vais aussi quoi parce que c'est chouette aussi de le faire comme ça. Mais généralement mon patient, pour une hypnose formelle il va être, donc il faut qu'il soit d'accord, et donc moi je travaille beaucoup sur la respiration, la relaxation. Donc généralement il y a plusieurs types d'outils, on peut aller sur un lieu de sécurité, un lieu où il se sent bien ou un lieu où le patient a tous ses repères. Il faut quelque chose où il se sente vraiment en sécurité, comme ça peut être tout simplement une balade. Mais bon j'ai certains patients qui vont plutôt bah, je dis "Bah où est-ce que vous aimez être ? Où est-ce que vous vous sentez bien chez vous, ou ailleurs, ou dehors?" "Ah bah moi j'aime bien, je suis dans ma cuisine en train de lire mon journal." bah chouette, c'est super. Et donc je vais partir de là. Alors je les mets en orientation, ici, maintenant. Donc j'utilise beaucoup la sensorialité, les sens avec le patient, le visuel, l'auditif, le kinesthésique, l'olfactif qui est très important et le gustatif de temps à autre. Et donc je pars donc de l'endroit où ils sont parce qu'il faut leur montrer qu'ils sont en sécurité aussi dans la pièce où il se trouve à cet instant T. Et puis tranquillement voilà je parle avec la respiration, la relaxation je parle sur l'expiration parce que je fais du pacing respiratoire donc on parle nous sur notre expiration, moi je vais suivre le patient sur sa respiration et je vais parler sur son expiration. C'est facile, au départ on s'entraîne mais c'est très facile à faire et en fait le fait de parler sur l'expiration du patient ben ça permet voilà déjà de hhhouf de le détendre, donc j'utilise les sens. Et puis ben voilà les oreilles qui entendent autant les sons qu'il y a dans la pièce là mais en même temps peut-être que les oreilles entendent la respiration et la respiration c'est inconscient donc c'est déjà rentré dans son inconscient. Et puis après voilà, la sensation "peut-être que l'air que vous respirez est légèrement plus frais lorsqu'il rentre et légèrement plus tiède quand il ressort, voilà et puis vous êtes bien, tranquillement la détente qui s'infuse etc." donc voilà là je pars vraiment et puis je tape de la tête aux pieds et après je leur dis "bah maintenant peut-être que vous pouvez autoriser votre inconscient à laisser peut-être venir une image de cet endroit où vous vous sentez si bien. Et peut-être que les yeux là regardent autour de vous, peut-être que les oreilles entendent", alors je reste flou, je donne jamais, moi, les détails parce que si je donne un détail que eux ne voient pas bah je mets tout en l'air.

Juliette : C'est ça, c'est à eux d'imaginer...

Claudie : bah c'est à eux de, ouai, c'est leur inconscient qui les ramène et puis après je fais du "signalé", je leur demande "peut-être que là si cette image là est devant l'écran de vos paupières fermées, peut-être que vous pouvez me faire un signe de tête, ou non" parce que peut-être qu'ils n'ont pas. S'ils n'ont pas c'est pas grave c'est très bien aussi parce qu'on peut faire une détente sans rien venir devant ses yeux. Et puis, comment dire, donc bon ils me font un signe de tête et puis après on va explorer, mais moi je reste très floue mais c'est lui qui va aller explorer justement les détails de cette

pièce et de ce qu'il fait. Mais certains s'y retrouvent totalement, je te jure, parfois c'est impressionnant. Une fois ben je disais ce matin à ta collègue, ce matin j'expliquais le cas d'un monsieur qui était vraiment dans les airs en train de faire du parachute. Et c'était impressionnant parce qu'il faisait des signes que moi je ne comprenais même pas. Je lui ai demandé à la fin, à la réassociation ce que ça voulait dire ces signes. Mais voilà il était vraiment dans les airs quoi, et puis il était content et moi j'étais avec mon bistouri en train de faire en même temps, mon conscient moi travaillait, mon inconscient était un petit peu parti avec lui j'avoue, mais ouais j'ai fait, c'était un soin très douloureux, parce que je savais, moi je l'avais repris sur un week end le monsieur, mais je savais que les jours d'avant avait été compliqués parce qu'il y avait l'amputation mais il y avait des pertuis en fait, des petits tunnels et il fallait mécher, c'était quand même pas agréable comme soin. Et ce monsieur là à la réassociation, il ouvre les yeux, parce que c'est important de réassocier à la fin pour bien se retrouver là, ici et maintenant. Et il regarde autour de lui et j'ai senti la déception dans son regard. Et je lui dis "vous avez l'air triste?" et il me dit "oui, bah le fait de me retrouver dans ma chambre." Tu vois c'est fou quand même. Et il m'a pas parlé, il a pas eu de douleur du tout, je lui dis "mais comment s'est passé le soin? - j'ai pas eu de douleur", je dis "wow, formidable". Et j'ai des patients qui vont à la cueillette des champignons, qui vont marcher, qui vont au bord de mer. Une fois, un monsieur, donc il était au bord de la mer et bon pareil je faisais le soin. Et un moment donné il me dit "ça brûle !" alors moi je réponds, je pose des questions et autres et je lui dis "mais que se passe-t-il?" et il me dit "mais ça brûle, je suis pieds nu sur le sable" alors moi je faisais la détersion et alors là il fallait que j' imagine, que je lui propose une solution pour qu'il soit plus confortable. "Et peut-être que vous pourriez sortir les claquettes que vous avez dans votre pantalon", parce que j'avais dû savoir qu'il avait un pantalon. Et comment dire du coup il a sorti ses claquettes et il les a mis pour aller jusqu'au bord de mer pour aller après les pieds dans l'eau. Mais c'était trop quoi, et au moment où il mettait ses pieds dans l'eau moi j'étais en train de rincer sa plaie à l'eau fraîche. Donc tu vois j'essaie de faire des liens parfois avec les sensations, parfois avec les bruits quand ils se retrouvent en bord de mer et que moi j'ouvre mes paquets de compresses là, je dis "peut-être que" alors je dis souvent peut-être "que les enfants ouvrent leur goûter". Donc en fait tu essaies de faire des liens. C'est très intéressant. Alors moi soit je commence l'induction avant la dépose du pansement s'ils ne sont vraiment pas confortables parce que la dépose peut être douloureuse soit voilà la dépose s'est bien faite j'ai mis l'anesthésiant et pendant ce temps d'attente d'anesthésiant je commence l'induction et je fais le soin détersion pendant justement cette phase de trans. Et puis je réassocie à la fin. Alors pendant la phase de trans où je fais le soin je fais en même temps des suggestions post hypnotiques pour qu'il soit confortable après, mais en même temps je fais des suggestions pour qu'il devienne autonome. "Et à chaque fois que vous en aurez besoin, à chaque fois vous pourrez retrouver ce moment ou un autre moment et être aussi confortable et simplement, voilà, en vous installant confortablement, en peut-être fermant les yeux, peut-être concentrez-vous sur votre respiration et laissez venir l'image et peut être que même là

peut-être qu'une couleur va apparaître devant vos yeux, une couleur que vous aimez bien. Est-ce que c'est le cas? Peut-être le rouge, le bleu... Si une couleur comme ça apparaît devant vos yeux, peut être que vous pouvez me faire un signe" alors je me dis voilà, celui là il est visuel. "Ou alors peut-être un son ou peut-être simplement une sensation" tu vois simplement bouger un doigt etc. Et puis voilà "à chaque fois que vous pensez à cette couleur ça vous amènera à ce moment" tu vois, donc voilà c'est des suggestions post hypnotique pour l'après. Je les réassocie, et après c'est vrai qu'on en reparle et je leur redis en fait je fais des répétitions, je leur dit "vous voyez, simplement en vous installant confortablement puis voilà en laissant venir tranquillement la détente et peut-être penser voilà "cette couleur tient le rouge, ah ouai le rouge qui m'amène à ma maison" où tu veux, voilà et maintenant je leur laisse même un petit mémo. Alors je fais beaucoup l'induction point fermé aussi, on fait comme si les doigts étaient collés sur la paume de la main. C'est une induction un peu plus rapide d'Yves Halfon, un psychologue du CH Rouen et en fait ça permet d'avoir une protection dès le départ et après hop j'amène sur autre chose. Donc voilà, c'est comme ça que ça se passe.

Juliette : d'accord, ok. Intéressant, très. On va parler d'autre chose maintenant c'est le MEOPA. Est ce que tu peux définir et est ce que vous l'utilisez et pour quel type de douleur ?

Claudie : Ouai, on l'utilise beaucoup le MEOPA. Alors le MEOPA c'est un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène qu'on utilise beaucoup dans le service depuis de très nombreuses années pour tout type de soins c'est vrai que ça peut être autant une prise de sang ou une pose de perf, que pour un soin qui... pour une ablation de drain aussi ça peut et surtout pour les soins d'amputation, de plaies d'ulcères parce que c'est vrai que nous on a quand même beaucoup de plaies complexes, des plaies d'amputation ouvertes au niveau des orteils, des trans-métatarsiennes complètes, que les désunion de cicatrices aussi qui peuvent induire des douleurs et c'est vrai que on va proposer aux patients voilà si on sait que ça a été compliqué, bah on voit ça au premier pansement. Même pendant le premier pansement moi je m'arrête et si il faut je vais chercher le MEOPA. Bon ce qui est intéressant pour moi, le MEOPA, c'est qu'il est dissociant donc pour partir en hypnose c'est plus facile aussi donc et souvent quand il sont en hypnose après ils lâchent le MEOPA puis c'est moi qui le respire alors j'arrête la bouteille. Mais voilà après ben le MEOPA faut attendre 3 minutes alors nous parfois la difficulté à la consultation, parce que je travaille au service d'hospitalisation et à la consultation pansement, c'est que sur nos créneaux avec nos chirurgiens ben c'est vrai qu'ils ont des grosses consult' avec beaucoup de gens à voir. Même 3 minutes parfois ça paraît beaucoup pour eux, c'est que je trouve un peu dommageable. C'est que j'aimerais bien que voilà ces 3 minutes soient bien bien tenues pour que vraiment le confort soit optimal après. Après voilà c'est très bien. Alors il y a des patients qui ne le supportent pas, qui ont des nausées, mais sinon dans l'ensemble ils le supportent bien. Alors on a des patients qui retirent régulièrement le masque parce que, en fait la problématique du MEOPA, parce que on a les embouts un peu comme les détendeurs de plongée depuis quelques années sauf que nous avec les personnes âgées j'ai remarqué, moi je suis en la plongée donc les

détendeurs je les connais, et le système par la bouche, les patients âgées n'arrivent pas à inspirer dedans. En fait tu dois faire comme ça - mime inspiration - et c'est une petite inspiration qu'ils font donc on voit bien qu'ils déclenchent pas la valve pour récupérer le produit donc c'est pour ça qu'on utilise le masque mais on met jamais l'élastique bien sûr on met juste le masque. C'est le patient qui tient ou nous, ça dépend, mais quand c'est le patient qui tient bah parfois ils ont tendance, même quand ils veulent parler, hop ils enlèvent et dès que tu enlèves tu perds tous les effets donc tu dois attendre à nouveau les 3 mins. Donc c'est ça qui est un peu compliqué mais généralement ça se passe bien, puis après on récupère très rapidement. Mais oui on utilise beaucoup de bouteilles par semaine, dans le service et à la consultation.

Juliette : Ok. Et, l'hypnoVR, donc les casques de réalité virtuelle, auditifs... Qu'est ce que tu en penses ?

Claudie : Alors moi était formée à l'hypnose, j'aime mieux faire mon hypnose sauf que je suis la seule formée à l'hypnose. On a un casque hypnoVR à la consultation, bientôt on va avoir un casque dans le service mais qui va permettre de faire un parcours patient pour les patients opérés la veille d'une certaine chirurgie mais en plus il y aura des films pour détendre les patients. C'est intéressant aussi, mais je me suis rendue compte que les patients si euh.. parce ce que tu as le masque, le masque de réalité virtuelle, tu as le casque audio et puis on a le masque (chirurgical). Nan mais c'est une problématique avec le masque, comme pour la buée parce que j'ai des patients qui ne voyaient plus rien avec le masque chirurgical et moi j'ai remarqué aussi qu'en ayant le masque + le casque on ne communiquait plus du tout avec notre patient pendant le soin. Donc ce qu'on a fait on a viré casque audio parce qu'on entend très bien à travers le masque et comme en hypnose, le conscient il entend toujours et que le patient il part avec son inconscient justement vers ce lieu de sécurité et ben ça marche très très bien. Donc et en même temps c'est plutôt sécurisant que le conscient il entende des trucs parce que de toute façon on fait attention à ce qu'on dit pendant le, je sais pas nous on a les sous-bois, on a la montagne, on a l'Espace, la plongée sous-marine donc voilà et en même temps on a la tablette qui nous permet de voir ce que voit le patient, donc ce qui est intéressant. Mais on a arrêté de mettre le casque audio parce que on avait plus aucune communication et moi ça me dérangeait, mais ça a dérangé mes collègues aussi, on parlait toutes le même langage.

Juliette : Ouai, c'est ce qui ressort beaucoup de l'hypnoVR.

Claudie : Ouai c'est vrai. Mais tous les casques sont comme ça je crois.

Juliette : Donc il y a plus de relation vraiment entre le soignant et le soigné.

Claudie : Tandis que là moi je vois hein, je vais parler au conscient de mon patient, je vais lui parler à l'oreille je dis "voilà, tout se passe bien là, voilà vous êtes confortable, très bien". Et même j'induis des catalepsies chez mes patients pour en fait approfondir la transe hypnotique encore plus. J'ai pu filmer un patient, je leur demande l'autorisation de filmer pour les congrès ou autres et j'ai un

patient avec le masque qui est totalement en hypnose et le bras comme ça (en l'air) pendant tout le soin donc ça permet de voir qu'il est vraiment dans une transe quoi tu vois.

Juliette : Ok. On en a parlé un peu tout à l'heure, l'alliance thérapeutique. Donc, la communication tout ça t'en a parlé... Comment tu instaures une relation de confiance avec le soigné ?

Claudie : Alors, ce qui est important pour instaurer une relation de confiance, il faut partir du patient, c'est-à-dire que ton patient, si je vais le chercher à la salle d'attente et qu'il me dit, alors je dis "comment vous allez?" s'il me dit "ahhaha, j'apprends, j'ai mal dormi et en plus j'ai mal" si moi je vais lui dire "mais non vous inquiétez pas tout va bien se passer". Là, on n'aura rien, ce n'est même pas la peine. Le truc c'est que déjà je vais l'observer. Observer, observer, observer ! Observer son patient, l'écouter. C'est vrai en une minute ça peut paraître long, même pour des médecins mais c'est hyper important d'écouter son patient il faut partir de lui. C'est valider tout ce qu'il a en ressenti, valider ses émotions, valider ses peurs, valider ses douleurs, et à partir du moment où on valide tout et ben on entre communication avec lui et ça permet vraiment de créer cette adhésion au soin mais c'est important de vraiment de partir de lui et de se dire, même souvent c'est ce que je leur dit "je comprends, je vois bien que vous n'allez pas" donc c'est valider puis en même temps lui dire qu'on voit les choses. Alors j'utilise ces différents canaux sensoriels parce que moi je suis une kinesthésique pure avec une visuelle mais mon patient s'il est auditif ben je vais pas rentrer en lien avec lui donc je dis "ben je vois bien que ça ne va pas et puis bah je vous entends bien parce que c'est vrai que vous exprimez quand même des plaintes et puis ben je le ressens parce que vous êtes un peu, voilà, vous bougez etc." donc j'utilise différents canaux et boom je sais que je vais rentrer en communication et puis je dis "bah c'est vrai que si j'étais à votre place je serai comme vous" et souvent je dis "vous êtes des super man ou des super woman, franchement vous êtes courageux", vraiment, c'est vraiment les, faut les valoriser en même temps, autant je les félicite aussi quand tout va mieux mais là c'est "vraiment c'est c'est très courageux et puis c'est vrai que je sais pas si moi je serai comme vous hein franchement, bah chapeau" et puis "oh nan nan mais vous savez - mais si, si si" et puis ça part tout de suite la relation. On valide et il faut tout valider et à partir de là tout est possible.

Juliette : très intéressant aussi. Et bon je pense que c'est un peu pareil, mais créer une alliance thérapeutique...

Claudie : ben c'est ça, créer l'alliance. En fait c'est dès le départ, on communique. Je sais pas si tu as vu ça mais la roue de la communication ? Alors en fait dans la roue de la communication on a 3 langages : on a le langage verbal, le langage non verbal et le langage paraverbal. Le langage non verbal représente 55 % de la communication, le langage paraverbal représente 35 % et le langage verbal, 7% et quelques. Donc en fait c'est le non verbal. Toi quand je t'ai rencontré, j'ai vu en fait ton non verbal, comment tu étais. Si je vais dans la salle d'attente voir mon patient et mon patient je le vois comme ça, les épaules en avant, le regard fixe, il est au bord de sa chaise, je sais qu'il est pas confortable. Si il est plutôt comme ça à regarder partout je me dis "tiens il est plus à l'aise lui", après

je vais aller vers lui je vais me baisser pour me mettre à la même hauteur parce que voilà c'est au niveau des hauteurs dans la communication il ne faut pas être en position de pouvoir. Parfois je suis même en dessous, je me mets en position basse pour lui donner plus de pouvoir à lui, et là je dis "bah bonjour, je m'appelle claudie, je me présente, je suis votre infirmière, vous allez pouvoir m'accompagner à la salle de consultation" et je vais pas être en avant je vais carrément même consoler les patients agés, je les prends par le bras mais je serai jamais avant lui, je serai toujours à la même hauteur. Hop et je l'invite à s'installer. Tu vois c'est plein de petites choses qui vont permettre en fait cette adhésion tu vois, et après je vais donc, je vais utiliser ma voix pour parler mais avant que sortent les mots c'est vrai que on a notre intonation de voix, ça peut être une voix calme dans le paraverbal c'est donc la voix, le rythme, l'intensité, les silences... les silences, très important. En fait tu as plein de choses et après ce sont les mots et c'est vrai que dans nos mots bah on a des mots qui peuvent induire des douleurs, qui peuvent induire des inconforts. D'où l'intérêt d'être formé à la communication thérapeutique. Et c'est tout ça qui permet en fait de créer cette alliance thérapeutique, cette adhésion aux soins.

Juliette : Ok. Donc pour résumer quelles qualités un soignant doit avoir pour créer justement cette alliance ?

Claudie : Bah il faut aimer la relation. je pense qu'on ne fait pas ce métier là par hasard. Après c'est vrai que parfois je vois des collègues et dans toute ma carrière de 30 ans, même quand j'étais contractuelle j'arrivais dans des services où, ouai, parfois c'est un peu chaud quand même quand tu arrives toute nouvelle, machin, et que tu as des vieilles infirmières... C'est vrai qu'on n'est pas tous pareil mais c'est vrai que c'est cette relation. Il faut aimer la communication. Parce que sans ça de toute façon on ne fait rien. Mais il y a plein d'études qui sont faites sur la relation, sur les voix, tu vois les voix d'homme grave sont des voix apaisantes. Il y a plein de choses, mais c'est magique quoi.

Juliette : Très bien.

ANNEXE IV : Le tableau d'analyse

Thème/idée/question	Audrey	Claudie
Définition de la douleur	<p>“expérience subjective, propre à chacun, désagréable et consécutive à une lésion tissulaire réelle ou potentielle.”</p> <p>“la douleur elle a vraiment plusieurs composantes, dans la définition de la douleur, on parle de souffrance physique mais aussi de souffrance morale.”</p> <p>composante sensorielle : “ce que le malade il ressent physiquement”</p> <p>composante comportementale : “comment le malade il va montrer cette douleur c'est-à-dire que ça dépend de plein de choses, ça peut dépendre de la culture, du ressenti de l'histoire de la maladie.”</p> <p>composante cognitive : “le sens que le malade donne à sa douleur. C'est-à-dire que la douleur elle peut être significative d'une reprise de la maladie, de tout ça... et donc forcément ça va entraîner autre chose derrière et ça peut potentialiser la douleur.”</p> <p>composante émotionnelle : “Ce que ça va projeter du coup sur le patient et comment il va réagir à cette douleur là.”</p>	<p>“douleur c'est un signal d'alarme avant tout. Pour la personne et surtout pour le soignant.</p> <p>qui en fait va induire un inconfort autant au niveau du corps mais au niveau aussi psychologique, et bien souvent on peut rentrer dans des cercle vicieux avec la douleur et être aussi en dépression parce que voilà c'est une douleur qui peut se chroniciser”</p>
types de douleurs	<p>“douleurs par excès de nociception : c'est des douleurs qui sont vraiment liées à une lésion, à une tumeur. Ce type de douleur c'est des douleurs qui répondent parfaitement bien aux antalgiques classiques.”</p> <p>“les douleurs neuropathiques c'est des lésions qui sont souvent</p>	<p>“La douleur aiguë liée à la chirurgie post-opératoire”</p> <p>“la douleur chronique : nos patients souvent ils ont des plaies qui durent dans le temps, qui est supérieur à 3 mois et qui est souvent difficile à combattre aussi parce que voilà et on donne plein d'antalgique</p>

	<p>définitives qui entraînent aussi des douleurs chroniques. Elles sont moins sensibles aux antalgiques classiques”</p> <p>“une douleur aiguë les gens ils ont mal un temps donné et on sait que cette douleur là elle va disparaître”</p> <p>“douleur chronique elle est différente puisqu'on est sur du long terme et tout l'aspect psychologique”</p> <p>la douleur physique et la douleur psychique.</p>	<p>mais malgré tout ça ils restent dans leur douleur”</p> <p>“les douleurs neuropathiques, liées à nos plaies, à nos amputations. On a les douleurs liées au membre fantôme.”</p> <p>“les douleurs induites liées au soin.”</p>
<p>La douleur induite par les soins quels types de soins ?</p>	<p>“La douleur induite par les soins est un gros facteur de douleur chez nos patients. La toilette typiquement qui est censée être un soin de confort peut vite être un soin qui devient douloureux. Tout ce qui est autour des mobilisations, par exemple les brancards pour aller en radiologie, nos pansements, nos prises de sang, nos perfusions.”</p> <p>“en tant qu'infirmière on fait quand même beaucoup de gestes invasifs, c'est de notre rôle d'anticiper les choses.”</p>	<p>“c'est la douleur qui va être iatrogène, qui est induite par le soignant généralement.”</p> <p>mobilisation dans le lit, un levé, verticalisation, prise de sang, pose de perf, ablation d'un redon, d'un drain, les détersions de nos plaies (curette, bistouri)</p> <p>“Après ça peut être des douleurs induites même psychiques, ne serait-ce que par nos mots on peut induire une douleur.”</p>
<p>Evaluation de la douleur</p>	<p>“L'échelle numérique, c'est-à-dire “de zéro à dix, est-ce que vous avez mal ? ” Zéro pas du tout de douleur, dix douleur insupportable”. Le seuil de traitement c'est 3 sur 10.”</p> <p>“l'algoplus, c'est vraiment pour les patients qui sont non communicants. Donc là on remplit un formulaire et le seuil c'est supérieur ou égal à 2 sur 5, on considère que le patient est douloureux et dans ce cas là on va pouvoir mettre un antalgique”</p> <p>“l'échelle verbale simple. C'est-à-dire on dit “est-ce que vous avez pas du tout mal, un peu mal, moyen mal, beaucoup mal”.</p>	<p>“l'échelle numérique qui est “0 pas de douleur, 10 la pire des douleurs imaginable, elle est très subjective mais bon les patients arrivent à s'y retrouver.”</p> <p>“J'utilise aussi beaucoup l'échelle verbale simple et j'ai des collègues qui l'utilisent aussi parce qu'elle permet aussi de bien concentrer, de bien savoir voilà “vous avez mal, est-ce que c'est un peu, moyennement?” Certains arrivent mieux à s'y retrouver.”</p> <p>“l'algoplus, n'empêche que le langage non verbal. il suffit d'observer et on voit plein de choses. même chez les patients qui communiquent.”</p> <p>“DN4 ; la douleur neuropathique en quatre questions parce que on a quand même des traitements, en fait, liés à ces douleurs neuropathiques.”</p>

<p>Définition des méthodes alternatives</p>	<p>“thérapies non médicamenteuses” “s’asseoir discuter avec le patient de sa douleur etc. ça peut déjà désamorcer une douleur.” “les autres thérapies alternatives qu’on utilise nous beaucoup ici c’est la socio esthéticienne qui fait beaucoup de massage etc. aux gens qui sont douloureux.” “des soins de confort, des massages dans le dos” “kiné pour faire des mobilisations” “l’art thérapeute, elle chantait pendant la toilette. = une technique de diversion aussi pour le patient c’est-à-dire qu’il se concentre sur la voix et sur le chant et ça évite de penser” “ médiation animale” “sophrologie” “snoezelen” “Morphée, des boîtes de relaxation et en fait pour les patients qui sont douloureux bah ça permet de se mettre dans des état un peu de méditation”</p>	<p>“un panel de plein de petites choses” “la communication thérapeutique” “des mots qui vont être plutôt confortables, des mots positifs” “on crée l’alliance thérapeutique et rien que ça parfois c’est un effet antalgique également.” “hypnose formelles” “utiliser des outils qui vont permettre à mon patient d’être complètement défocalisé de son soin et peut-être même se retrouver chez lui ou à faire un saut en parachute” “La musique, sans avoir de formation en musicothérapie mais voilà on demande ce qu’ils aiment et c’est vrai que ça marche relativement bien.” “on utilise les huiles essentielles aussi voilà on a une petite formation avec les huiles et puis comment mixer les huiles justement en lien avec la douleur, l’anxiété.[...] Donc le fait d’agir sur l’anxiété, les peurs, on peut diminuer la douleur du présent.” “ l’humour ça marche super bien et puis ce qui est important c’est de défocaliser le patient de sa plaie, le distraire, la distraction. Parler d’autres choses.”</p>
<p>Le MEOPA</p>	<p>“MEOPA c’est un gaz, indolore, qui permet effectivement lors de soin potentiellement douloureux, administré en amont ça permet d’éviter la douleur. L’avantage c’est que ça se résorbe, dès qu’on enlève le masque” “sur des gros pansements” “peuvent avoir des crises de larmes etc. avec, ça peut les mettre dans un état de mal-être un petit peu.”</p>	<p>“Alors le MEOPA c’est un mélange de protoxyde d’azote et d’oxygène qu’on utilise beaucoup dans le service depuis de très nombreuses années pour tout type de soins “ “prise de sang ou une pose de perf, ablation de drain, pansement d’amputation, de plaies, d’ulcères” “ce qui est intéressant pour moi, le MEOPA, c’est qu’il est dissociant donc pour partir en hypnose c’est plus facile “ “le MEOPA faut attendre 3 minutes” “Alors il y a des patients qui ne le supportent pas, qui ont des nausées, mais sinon dans l’ensemble ils le supportent bien.” “on utilise beaucoup de bouteilles par semaine”</p>

<p>L'hypnose</p>	<p>"l'hypnose c'est aller ailleurs, un autre endroit pour sortir de cet état douloureux"</p> <p>"se dissocier de soi-même en fait pour essayer de, justement, mettre la douleur un peu à distance."</p> <p>"ça entraîne une diversion de la conscience du patient qui est plus centrée du coup sur sa douleur mais qui est ailleurs."</p>	<p>"c'est le patient qui a toutes les ressources en lui qui va lui permettre en fait de trouver la solution à ses problèmes"</p> <p>" <i>Milton Erickson</i> : l'hypnose c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par une autre"</p> <p>"j'utilise dans les soins mais je peux utiliser à d'autres moments par exemple en préopératoire chez les patients qui sont anxieux avant la chirurgie"</p> <p>"quand j'ai du temps, que le patient veut un peu de détente"</p> <p>" il faut qu'il soit d'accord"</p> <p>" la respiration, la relaxation"</p> <p>"Donc j'utilise beaucoup la sensorialité, les sens avec le patient, le visuel, l'auditif, le kinesthésique, l'olfactif qui est très important et le gustatif de temps à autre."</p> <p>"je parle sur l'expiration parce que je fais du pacing respiratoire donc on parle nous sur notre expiration, moi je vais suivre le patient sur sa respiration et je vais parler sur son expiration."</p> <p>" il a pas eu de douleur du tout, je lui dis "mais comment s'est passé le soin? - j'ai pas eu de douleur", je dis "wow, formidable"</p> <p>"l'induction "</p> <p>"lors pendant la phase de trans où je fais le soin je fais en même temps des suggestions post hypnotiques pour qu'il soit confortable après, mais en même temps je fais des suggestions pour qu'il devienne autonome."</p>
<p>L'hypnoVR</p>	<p>"des bons retours là-dessus"</p> <p>"ça fait un peu mal à la tête, ça tourne un peu la tête"</p> <p>"pour les départs au bloc où les gens sont très anxieux"</p> <p>"on a plus, du coup, les sons qui sont désagréables, on a plus les images qui sont désagréables, et du coup ça permet d'améliorer le confort du patient, et sur le plan de l'anxiété, et sur le plan de la douleur."</p>	<p>"permettre de faire un parcours patient pour les patients opérés la veille d'une certaine chirurgie"</p> <p>"j'ai remarqué aussi qu'en ayant le masque + le casque on ne communiquait plus du tout avec notre patient pendant le soin"</p> <p>"on a les sous-bois, on a la montagne, on a l'Espace, la plongée sous-marine"</p> <p>"on a arrêté de mettre le casque audio parce que on avait plus aucune communication"</p>

<p>communication avec le patient</p>	<p>“communication thérapeutique, la communication bienveillante” “l'idée c'est d'utiliser des termes positifs” “On ne devrait pas dire à un patient “êtes-vous douloureux?”, quand on demande s'il est douloureux on induit déjà qu'il a mal et donc on se met déjà dans un état un peu... pas bien. Donc l'idée c'est d'utiliser des termes un peu plus positifs, “êtes-vous confortable?”, “comment vous sentez-vous?”” “un patient qui est douloureux, on ne dit pas “ne vous inquiétez pas” on dit plutôt “rassurez-vous”” “Je suis convaincue que la clé aussi c'est de prendre le temps” “l'idée c'est effectivement de rassurer, de prendre le temps et puis d'être présent en fait”</p>	<p>“ Donc on va utiliser notre vocabulaire en utilisant des mots qui vont être plutôt confortables, des mots positifs donc voilà après c'est vrai qu'au départ ça demande une gymnastique... Moi ça m'a pris du temps de changer le “ne vous inquiétez pas” par “rassurez-vous”” “je dis “bah c'est vrai que si j'étais à votre place je serai comme vous” et souvent je dis “vous êtes des super man ou des super woman, franchement vous êtes courageux”, vraiment, c'est vraiment les, faut les valoriser en même temps, autant je les félicite aussi quand tout va mieux mais là c'est “vraiment c'est c'est très courageux et puis c'est vrai que je sais pas si moi je serai comme vous hein franchement, bah chapeau” et puis “oh nan nan mais vous savez - mais si, si si” et puis ça part tout de suite la relation.” “notre intonation de voix, ça peut être une voix calme dans le paraverbal c'est donc la voix, le rythme, l'intensité, les silences... les silences, très important.” “c'est vrai que dans nos mots, on a des mots qui peuvent induire des douleurs, qui peuvent induire des inconforts.”</p>
<p>alliance thérapeutique / relation de confiance</p>	<p>“écoute du patient” “évaluation de la douleur, il va se sentir pris en compte donc c'est ça qui va créer l'alliance” “on n'a pas à porter de jugement” = croire le patient et son évaluation de la douleur “prendre le temps, d'expliquer les traitements qu'on fait en amont, d'expliquer tout ce qu'on va faire au patient, étape par étape, ce qu'on va mettre comme traitement avant pour qu'il soit soulagé, pour qu'il soit le mieux possible”</p>	<p>“la communication thérapeutique c'est formidable dans le sens où tu vas parler à ton patient sans utiliser de mots qui crée une douleur. Donc tu parles d'autre chose tout simplement, tu vas avoir des attitudes qui vont faire que tu vas te mettre en effet miroir avec ton patient et ben rien que ça en fait, tu rentres en relation avec ton patient et ton patient bah potentiellement c'est vrai qu'il va être plus en confiance, il va plus adhérer au soin, il sera peut-être moins douloureux. Donc ça c'est très important et c'est surtout créer ce lien de confiance avec le patient.” “Et le lien de confiance c'est dès les premières secondes de la rencontre, on crée l'alliance thérapeutique et rien que ça parfois c'est un effet antalgique également.”</p>

		<p>“Le truc c’est que déjà je vais l’observer. Observer, observer, observer ! Observer son patient, l’écouter.”</p> <p>“C’est valider tout ce qu’il a en ressenti, valider ses émotions, valider ses peurs, valider ses douleurs, et à partir du moment où on valide tout et ben on entre communication avec lui et ça permet vraiment de créer cette adhésion au soin”</p> <p>“On valide et il faut tout valider et à partir de là tout est possible.”</p> <p>“je vais me baisser pour me mettre à la même hauteur parce que voilà c’est au niveau des hauteurs dans la communication il ne faut pas être en position de pouvoir. Parfois je suis même en dessous, je me mets en position basse pour lui donner plus de pouvoir à lui”</p> <p>“je vais pas être en avant je vais carrément même consoler les patients agés, je les prends par le bras mais je serai jamais avant lui, je serai toujours à la même hauteur. Hop et je l’invite à s’installer.”</p>
la roue de la communication		<p>la roue de la communication</p> <p>“Alors en fait dans la roue de la communication on a 3 langages : on a le langage verbal, le langage non verbal et le langage paraverbal. Le langage non verbal représente 55 % de la communication, le langage paraverbal représente 35 % et le langage verbal, 7% et quelques”</p>
qualité d’un soignant	<p>écoute</p> <p>prendre le temps</p> <p>valider la douleur</p> <p>prendre en compte le patient</p>	<p>aimer la relation</p> <p>aimer la communication</p> <p>écoute</p> <p>observation du patient</p>

ANNEXE V : L'abstract

NOM : LE MAUFF

PRÉNOM : Juliette

TITRE DU MÉMOIRE : **La douleur comme obstacle à l'alliance thérapeutique : exploration des méthodes alternatives**

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

Pain is a notion existing in every human-being regardless of the unit and the specialty. It is therefore important that it be taken into account and relieved. For that reason, I questioned the alternative methods' role in creating or not a therapeutic alliance with patients in pain.

In order to collect maximum information, I first read literature, searched definitions and authors' points of view. Then, I conducted interviews with two nurses. One has a degree in pain and the other is trained in therapeutic hypnosis and communication. They both work in hospitals.

Thanks to my readings mingled with the analysis of these interviews, I can highlight that pain is an unpleasant experience which has an impact on global care. There is a correlation between the caregiver's ethical values, alternative methods and adherence to care. All these elements help relieve the pain and establish a therapeutic alliance.

To conclude, alternative methods are real assets to calm patients' pain and therefore create comfort and trust in the patient-carer relationship. An innovative therapeutic tool affords me to put forward a research question : To what extent self-hypnosis can impact patients with chronic pain's everyday lives ?

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

La douleur est une notion présente chez chaque être humain et qui se retrouve dans tous les services, peu importe les spécialités. Il est donc important qu'elle soit prise en compte et soulagée. C'est pourquoi ma problématique questionne le rôle des méthodes alternatives dans la création d'une alliance thérapeutique avec les patients douloureux.

Afin d'avoir un maximum d'informations, j'ai d'abord fait des lectures, cherché des définitions et les points de vue des auteurs. Ensuite, j'ai pu conduire des entretiens semi-directifs auprès de deux professionnelles : une infirmière possédant un diplôme d'université en douleur et une infirmière formée à l'hypnose et à la communication thérapeutique. Toutes les deux exercent en milieu hospitalier.

Après avoir confronté les recherches théoriques et l'analyse des entretiens, il en ressort que la douleur est une expérience désagréable qui impacte la prise en soins globale. Il existe une corrélation entre les valeurs soignantes, les méthodes alternatives et l'adhésion aux soins. Tous ces éléments contribuent à soulager la douleur et à instaurer une alliance thérapeutique.

Pour conclure, les méthodes alternatives sont de vrais atouts pour soulager la douleur et ainsi créer du confort et une confiance dans la relation soignant-soigné. Un outil thérapeutique innovant me permet de formuler une question de recherche : En quoi l'autohypnose impacte-t-elle le quotidien des patients douloureux chroniques ?

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

PAIN – THERAPEUTIC COMMUNICATION – ALTERNATIVE METHOD – THERAPEUTIC ALLIANCE

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

DOULEUR – COMMUNICATION THERAPEUTIQUE – METHODE ALTERNATIVE – ALLIANCE THERAPEUTIQUE

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