

IFPM de Longjumeau

BRAS DE FER DANS LE PRENDRE SOIN

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

DIPLÔME D'ÉTAT INFIRMIER

PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles

SESSION 1

DIRECTRICE DE MÉMOIRE : ANKRI Nadine

DI DIO Marine

Promotion 2016 - 2019

Remise du travail : Le 20 Mai 2019

Référence de l'image en page de couverture : <http://www.philippetastet.com/medecine>

Note au lecteur : « Il s'agit d'un travail personnel, effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de Longjumeau et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont permis, de près ou de loin, d'aller à l'aboutissement de ce mémoire de fin d'études.

Merci à l'équipe pédagogique de l'IFSI de Longjumeau pour leur écoute attentive, leur disponibilité pour répondre à mes innombrables questions et à leur dévouement dans le transfert de leurs précieuses connaissances.

Merci à Madame Ankri Nadine, pour m'avoir guidée et apporté de judicieux conseils tout au long de l'élaboration de ce travail de recherche.

Merci à Margaux et Lisa d'avoir accepté de m'accorder un peu de leur temps pour répondre et échanger avec moi sur mon sujet de mémoire.

Merci à tous mes amis pour leur bonne humeur de chaque instant et pour avoir été présents dans les meilleurs comme dans les pires moments.

Merci à Malaury, Cécilia, Yannick, Ludivine et Thierry, pour votre soutien, votre patience, votre bienveillance et vos conseils qui mon été d'une aide considérable.

Merci à Elodie, d'être l'amie que tu es, d'être capable de supporter mon caractère si atypique, d'être présente et de bon conseils à tous moments, mais aussi d'être l'une des protagonistes de la réussite de cette formation.

Enfin...

Mille mercis à ma mère, mon père, ma sœur ainsi que mon conjoint Benjamin pour avoir cru en moi, pour m'avoir accompagnée, encouragée et soutenue durant ces trois ans malgré les difficultés et les doutes. Je vous aime d'un amour inconditionnel.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. DE LA SITUATION D'APPEL À LA QUESTION DE DÉPART.....	2
1.1. La situation d'appel	2
1.2. Le cheminement vers la question de départ.....	3
2. LE CADRE DE RÉFÉRENCE	5
2.1. Les compétences et les valeurs infirmières.....	5
2.1.1. Les compétences infirmières	5
2.1.2. Les valeurs infirmières	7
2.2. La douleur	9
2.2.1. Les douleurs liées aux soins	10
2.2.2. La douleur chronique.....	11
2.2.3. Les outils d'évaluation de la douleur.....	14
2.3. Les soins d'hygiène et de confort	16
2.3.1. Les soins	17
2.3.2. Les soins d'hygiène	18
2.3.3. Les soins de confort.....	18
3. L'EXPLORATION DE TERRAIN.....	20
3.1. Méthode et outils	20
3.1.1. Le choix de l'outil	20
3.1.2. Le choix de la population	20
3.1.3. La réalisation de l'exploration de terrain.....	21
3.1.4. Les biais et limites lors de la réalisation de l'entretien.....	22
3.1.5. Le choix de l'outil d'analyse	23
3.2. Les résultats significatifs de l'entretien	23
4. L'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	26
4.1. La discussion.....	26
4.2. La problématique	33
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36

ANNEXES	39
Annexe I : Les outils d'évaluation de la douleur	39
Annexe II : Le guide d'entretien.....	43
Annexe III : Le verbatim	46
Annexe IV : La grille de lecture	65

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation en soins infirmier, chaque étudiant se doit de rédiger, en fin de cursus, un mémoire de fin d'études. C'est ainsi, qu'arrivant aux termes de cette formation, j'ai l'honneur de vous présenter mon mémoire de fin d'études.

En tant qu'infirmiers diplômés d'état, nous serons tous, un jour, amenés à devoir gérer des douleurs que nous allons induire à nos patients. Notre mission est de savoir les anticiper et les soulager. Ainsi, vous pouvez dès à présent, percevoir le thème de mon mémoire de fin d'études qui porte sur la «gestion de la douleur liée aux soins».

Ce thème découle directement d'une situation que j'ai vécue lors de ma 2^{ème} année de formation. Le choix de cette situation était, pour moi, une évidence car celle-ci m'a particulièrement affecté sur le plan personnel et elle a remis en questions certaines de mes pratiques professionnelles.

Ainsi, en partant de cette situation, j'ai mené un long cheminement qui m'a amené à la rédaction d'une question de départ. De cette question, j'ai pu aborder plusieurs concepts tels que : Les compétences et les valeurs infirmières, la douleur et les soins d'hygiène et de confort.

Puis, afin d'explorer ma question de départ, j'ai mené plusieurs recherches théoriques en lien avec les concepts mentionnés précédemment et je suis également allé à la rencontre de deux infirmières diplômées d'état.

Enfin, j'ai pu réaliser une analyse de l'ensemble des résultats obtenus. Celle-ci m'a alors permis de conclure mon mémoire de fin d'étude grâce à l'aboutissement de mon hypothèse de recherche.

1. DE LA SITUATION D'APPEL À LA QUESTION DE DÉPART

1.1. La situation d'appel

Ma situation d'appel se déroule lors d'un stage du semestre 4, dans un service d'orthopédie. Madame C, patiente d'une soixantaine d'années, hospitalisée pour la pose d'une plaque et de vis sur son fémur, a également comme antécédent un papillomavirus à un stade terminal. La lésion fibrineuse causée par le papillomavirus engendre des douleurs chroniques intensifiées lors de toute mobilisation ou actes proches de son pubis. En fin de matinée, Madame C m'a sollicité, car elle souhaitait de l'aide pour réaliser le change de sa protection souillée par des selles. Je suis allée chercher une aide-soignante afin qu'elle puisse m'aider pour la réalisation de ce soin car je savais que celui-ci nécessitait la présence de deux soignants. En effet, lors des transmissions de la nuit, il a été transmis que Madame C était douloureuse et que la présence d'un soignant supplémentaire, lors d'un soin d'hygiène, était nécessaire afin de soutenir psychologiquement Madame C. L'une des aides-soignantes de l'équipe m'a assuré sa venue et m'a également précisé qu'elle réaliserait les gestes techniques du soin. Je suis donc retournée dans la chambre de Madame C et je l'ai informé que l'aide-soignant arriverait rapidement. En attendant l'aide-soignante, j'ai proposé à Madame C de l'aider pour se préparer au change. Au moment de lever son vêtement pour accéder à sa protection, Madame C est devenue très craintive. Je lui ai alors expliqué que j'allais très doucement soulever sa chemise et détacher la protection. Une fois sa chemise retirée, j'ai découvert sur son abdomen des plaques rouges vives, pouvant laisser penser à des brûlures du 2ème degré. Son pubis quant à lui était recouvert de lésions fibrineuses et inflammatoires. A la suite de cette constatation, je me suis sentie soulagée de ne pas devoir prodiguer les soins moi-même car j'avais le pressentiment que ce soin d'hygiène, allait devenir extrêmement douloureux. Dès que Madame C fut installée pour le soin, l'aide-soignante arriva et débuta celui-ci. A l'instant où le gant toucha le pubis de Madame C, elle hurla de douleur en suppliant l'aide-soignante d'arrêter. Je me suis alors installée au chevet de Madame C. Je lui ai expliqué qu'il était important de réaliser ce soin malgré la douleur engendrée, car il lui permettrait de diminuer l'apparition d'une infection de son site opératoire mais aussi d'éviter de possibles désagréments corporels en lien avec sa protection souillée (telles que des odeurs malodorantes, des sensations déplaisantes etc.). Madame C répondait à mes dires par un hochement de tête qui signifiait, je pense, qu'elle m'avait compris.

Néanmoins, je n'entendais que ses cris de douleur. A la fin du soin, j'étais totalement perturbée d'avoir été témoin d'une telle intensité de douleur non soulagée.

1.2. Le cheminement vers la question de départ

J'ai choisi cette situation parmi plusieurs car c'est celle qui m'a le plus marqué. En effet, lors de la toilette de Madame C, j'étais totalement dépassée par la douleur qu'elle était en train de vivre car je n'avais aucune solution pour la diminuer. Cette douleur, m'a rapidement fait me sentir impuissante. Je peux même dire que j'ai vécu cette situation comme un échec. Je suis une personne qui planifie énormément le déroulé de ma journée et qui anticipe chaque action entreprise. J'aime que l'ensemble des choses qui m'entourent soit cadré. Vivre ce moment m'a particulièrement déstabilisée car il a totalement bouleversé l'organisation que je me faisais du soin. Cette situation me renvoie donc à certains traits de ma personnalité, comme ma peur de l'échec et ma peur de ne pas réussir à maîtriser les événements qui m'entourent.

A partir de cette situation, le thème que j'ai choisi d'aborder, dans mon travail de recherche, est la gestion de la douleur induite lors d'un soin d'hygiène et de confort.

En effet, la gestion de la douleur est pour moi l'un des principaux objectifs du métier de l'infirmier. La prévenir, la prendre en considération et la traiter me semble indispensable pour réaliser une prise en charge globale et optimale du patient. Au vu de mes expériences de stages, je pense, qu'un patient algique a davantage de risques de vivre sa période d'hospitalisation comme une contrainte. Je pense également qu'il éprouvera plus de difficultés à devenir acteur de sa prise en charge. Enfin, je crois, qu'il sera plus complexe pour le soignant de construire une relation de confiance avec le patient. La douleur que je décris dans ma situation et dont je parle dans mon thème est particulière. C'est une douleur que moi soignante inflige au patient dont je désire prendre soin. Or, ma conception du « prendre soin » est d'aller à l'encontre de la douleur. En provoquer, d'autant plus lors d'un soin d'hygiène et de confort, heurte profondément mes valeurs professionnelles. Pour moi, les soins d'hygiène et de confort sont des moments où le patient peut obtenir du bien-être. Induire de la douleur à cet instant n'est donc pas envisageable. Ainsi, pour explorer l'ensemble des éléments évoqués précédemment, il me semble indispensable de chercher à comprendre ce qui peut amener l'infirmier à décider d'entreprendre un soin d'hygiène et de confort malgré la douleur qu'il induit.

Cette raison m'amène à la formulation de la question de départ suivante :

Sur quoi l'infirmier s'appuie-t-il pour décider de réaliser, chez un patient douloureux chronique, un soin d'hygiène et de confort induisant une douleur additionnelle à la sienne?

2. LE CADRE DE RÉFÉRENCE

2.1. Les compétences et les valeurs infirmières

Ma question de départ porte sur la prise de décision. Or, il nous semble indispensable, lorsque l'infirmier prend une décision, qu'il utilise l'ensemble de ses compétences et ses valeurs professionnelles. En effet, pour nous, l'ensemble de ses notions, aideront l'infirmier à s'orienter vers une décision la plus adaptée au patient. Nous souhaitons donc, par le biais de cette recherche, identifier le sens littéraire de ces concepts, puis explorer le lien entre la théorie et notre question de départ afin de clarifier celle-ci.

2.1.1. Les compétences infirmières

La compétence est définie par le Petit Robert comme étant une *«connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières»*.¹ Cette définition nous permet de comprendre qu'un individu, reconnu comme compétent, est en droit et en capacité de juger ou prendre une décision. L. MICHAUX approfondit cette définition en expliquant que *«la bonne maîtrise d'une compétence, quel que soit le domaine concerné, est jugée sur l'action entreprise celle-ci pouvant être réitérée peu importe le contexte. La compétence est donc induite de l'action. Une compétence dite professionnelle, pour sa part impose au professionnel de juger en fonction du contexte, de la situation ou du moment quelles sont les meilleures actions à entreprendre.»*² Nous comprenons donc, de part cette définition, qu'une compétence n'est remarquable et évaluable uniquement au cours d'une action. Ainsi, un professionnel de santé pourra user de ses compétences uniquement au cours d'une situation et il pourra évaluer celle-ci en fonction des décisions qu'il aura entreprises. Ainsi, nous mettons en lien ces définitions avec l'exercice de la profession infirmière. En effet, selon l'article R4311-3 relatif à l'exercice de la profession, il est rédigé que l'infirmier *«a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. [...]»*³. De ce fait, un infirmier diplômé d'état se doit d'être un professionnel compétent.

¹ PETIT, Robert. *Le petit robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Page 486.

² MICHAUX, Lise. *Les mots du prendre soin. Définition, points de veille et questions de réflexion*. Page 34.

³ Décret du 29 Juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession. N°183 du code de la santé publique, 8 Aout 2004

Or, peut-on qualifier un infirmier nouvellement diplômé comme un professionnel compétent ? En effet, P.PERROUND (cité par C. PAILLARD), nous a interpellés sur la différence entre la compétence et la capacité. Selon lui *«une capacité [...] ne prétend pas gérer la globalité d'une situation, elle n'est qu'un ingrédient, une ressource parmi d'autres. Enfin lorsqu'on distingue des actions prenant en compte la globalité d'une situation appartenant à une famille identifiée, ce qui amène le sujet à mobiliser de multiples ressources, dont des capacités, on parlera de compétence.»*⁴ Associé à cette explication, M. GUINOT nous explique que *«Être compétent, c'est posséder un potentiel d'actions [...] la compétence du professionnel est en fonction de son réseau, elle se construit en se confrontant avec d'autres savoirs.»*⁵ De ce fait, nous pouvons supposer qu'un infirmier venant d'être diplômé a des connaissances théoriques et pratiques qui ont été acquises au cours de sa formation. Ces connaissances lui permettent donc d'avoir certaines capacités indispensables pour exercer la profession mais cela ne fait pas de lui un professionnel compétent. Cette notion viendra avec le temps grâce à l'expérience acquise au sein du service ou il exerce. Un infirmier compétent est défini par G. LE BOTERF (PAILLARD. 2016)⁶ comme étant un individu qui :

- Sait agir en faisant appel à ses connaissances, à ses habiletés et à ses ressources
- Peut agir en s'appuyant sur les moyens disponibles, l'organisation de la structure
- Veut agir en témoignant d'une confiance en ses décisions et d'un comportement adapté à la situation

M. GUINOT⁷ ajoute à cette définition qu'être compétente c'est *« le "savoir-agir" qui permet de gérer efficacement une situation en mobilisant des ressources : du savoir-faire opérationnel aux ressources physiologiques ou émotionnelles.»* Elle rappelle également que la compétence *« se développe au gré de situations de plus en plus complexes. La compétence est elle-même complexe, car la résolution de problèmes et la prise de décision sont des modes d'accomplissement de cette compétence. Celle-ci requiert la mobilisation de ressources internes et externes appropriées à chaque situation.»* Conséquemment à l'ensemble de ces définitions, nous pouvons donc conclure qu'avoir des compétences est primordial pour prendre la décision qui semble être la plus adaptée pour le patient. Néanmoins, pour obtenir ces compétences, il semblerait nécessaire de gagner en expérience.

⁴ PAILLARD, Christine. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmière*. Page 101

⁵ MC AREE, Caroline. *La compétence professionnelle*

⁶ PAILLARD, Christine. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmière*. Page102

⁷ MC AREE, Caroline. *La compétence professionnelle*

2.1.2. Les valeurs infirmières

Selon le dictionnaire Larousse, le mot «valeur» vient du latin valor, valoris qui signifie valoir. Il est défini comme étant «*ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre*»⁸. Ainsi, nous comprenons que nous estimons nos valeurs et que nous y aspirons. Sur le plan individuel, chaque personne privilégie ses actions et guide ses comportements dans son rapport avec l'autre. Une valeur peut donc être adoptée individuellement mais elle peut également être partagée par l'ensemble d'une société. Néanmoins, il est important de rappeler que l'adhésion et l'importance d'une valeur est variable d'un individu à l'autre. Plusieurs auteurs tels-que R. REZSOHACY, M. ROKEACH, R. BOUDON, E. KANT etc... ont essayé de définir le concept des valeurs. S. SCHWART, après avoir établi une théorie des valeurs, il met en évidence dix valeurs de bases, celle-ci sont : «*l'autonomie, la stimulation, l'hédonisme, la réussite, le pouvoir, la sécurité, la conformité, la tradition, la bienveillance, l'universalisme.*»⁹.

En ce qui concerne les valeurs professionnelles et plus particulièrement les valeurs infirmières, aucun texte officiel n'a été rédigé pour regrouper celles-ci sur un seul et unique document. Par conséquent, plusieurs auteurs scientifiques ont porté leur intérêt sur ce sujet et ils ont libellé un ensemble de valeurs qui leur semblent incontournables pour l'exercice de la profession. Ainsi, pour P. THOMINET «*Les valeurs d'un professionnel infirmier sont d'abord celles du citoyen auxquelles s'ajoute l'exigence de compétence qui constitue la valeur ajoutée indispensable à son professionnalisme.*»¹⁰ Les valeurs qui lui semblent intransgressibles sont «*la tolérance, le respect ou la sollicitude*»¹¹. Selon L. MICHAUX les valeurs infirmières sont désignées comme humanistes, celles-ci sont : «*la dignité, le respect, l'autonomie, la bienfaisance, la bientraitance, l'humanité et le prendre soin.*»¹² D'après C.HAZEN «*les valeurs essentielles concernent d'une part, le soigné et d'autre part, le soignant [...] Les valeurs infirmières essentielles à préserver chez le patient sont la pudeur, la dignité, l'autonomie, la dépendance [...] Les valeurs essentielles propres à l'infirmier sont le*

⁸ Dictionnaire Français Larousse.

⁹ MONCET, M ; HERNANDEZ, A et al. *Soins de confort et de bien être, soins relationnels, soins palliatif et de fin de vie.* Page 10.

¹⁰ THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir.

¹¹ Ibid

¹² MICHAUX, Lise. *Les mots du prendre soin. Définition, points de veille et questions de réflexion.* Page 179.

*respect, l'empathie, l'absence de jugement et l'accompagnement.»*¹³ Enfin, C. DESENFANT LIXON, rajoute à toutes ces valeurs : « *l'honnêteté [...] la probité, la solidarité [...] l'équité [...] le professionnalisme.»*¹⁴ L'ensemble de ces valeurs représente donc les qualités idéales à obtenir pour réaliser un exercice digne de la profession. Néanmoins, il nous semble important de rappeler que ces valeurs peuvent ne pas être partagées par tous. En effet, comme nous l'indique F. GRUAT « *le risque est grand alors d'accoucher de valeurs qui ne seraient que les plus petits dénominateurs communs des valeurs de chacun. Chaque infirmière ayant par ailleurs ses propres représentations, il n'est pas sûr qu'elle adhère à des valeurs qui lui seraient comme imposées.»*¹⁵

Après avoir recensé la quasi-totalité des valeurs infirmières, nous trouvons intéressant d'approfondir nos connaissances sur les valeurs qui sont, pour nous, en lien direct avec notre question de départ. Cette démarche nous permettra de réaliser l'impact d'une valeur au sein d'une situation.

Ainsi, pour nous, les valeurs en lien avec notre question de départ sont :

- Le respect : Cette valeur est définie par C. HAZEN comme étant « *un sentiment de considération, envers quelqu'un, qui porte à le traiter avec des égards particuliers. [...] Respecter le patient, c'est prendre soin de lui dans sa globalité, bio-psycho-sociale, aux égards de sa pudeur et à son intimité. Le soignant est à l'écoute du patient et a de la considération pour ses demandes [...] »*¹⁶

Cette valeur est donc, pour nous, en lien avec notre question de départ car, en recherchant ce qui peut amener l'infirmier à décider d'entreprendre un soin susceptible de provoquer une douleur, nous souhaitons découvrir si l'infirmier prend en considération le patient dans sa globalité bio-psycho-sociale et s'il est à l'écoute de ses demandes.

- L'humilité : Elle est définie par C. DESANFONT-LIXON comme « *La valeur d'humilité, en reconnaissant que tout n'est pas bon pour nous, c'est reconnaître que je ne suis pas tout-puissant, c'est reconnaître que l'on est soi-même avec ses petites capacités, c'est assumer sa propre finitude. Cette valeur renvoie à la notion des limites à fixer [...] »*¹⁷

¹³ HAZEN, Constance. *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie.*

¹⁴ Valeurs du soin. Mise en œuvre en situation.

¹⁵ GRUAT, Florence. Les valeurs en crise.

¹⁶ HAZEN, Constance. *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie.*

¹⁷ DESANFONT-LIXON, Caroline. Valeurs du soin. Mise en œuvre en situation

Pour nous, cette valeur est en lien avec notre question de départ car nous savons que notre question porte sur un soin douloureux. Or, l'humilité permettrait à l'infirmier de se fixer des limites dans l'exercice de sa profession. Ainsi, cette valeur pourrait avoir un impact lorsque l'infirmier devra prendre la décision de faire ou non le soin.

- La sollicitude : L. MICHAUX définit cette valeur comme correspondant «*au souci, à la préoccupation que l'on a pour autrui, ce qui manifeste par une attention soutenue à son égard, par des soins attentifs, une veille particulière.*»¹⁸

Cette valeur semble être en lien direct avec notre question de départ car celle-ci recherche des éléments sur lesquels l'infirmier s'appuie pour décider d'entreprendre un soin douloureux. Or, la sollicitude de l'infirmier envers un patient pourrait être un élément qui influence le soignant dans sa décision.

Ainsi, grâce à l'ensemble de nos recherches, nous pouvons conclure cette partie en affirmant que les compétences et les valeurs infirmières sont des protagonistes déterminants lors d'une prise de décision infirmière.

2.2. La douleur

L'un des vecteurs principaux de notre question de départ est la douleur. C'est pourquoi, il nous semble indispensable de développer et décliner ce concept sous différents axes, afin d'assimiler l'ensemble des éléments qui composent notre question.

Selon l'International Association for the Study of Pain (cité par l'HAS), la douleur est définie comme étant une «*expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion*»¹⁹. Cette définition nous témoigne la nature subjective de la douleur ainsi que sa complexité.

Notre question de départ, évoque deux types de douleurs : les douleurs liées aux soins et les douleurs chroniques. Il nous semble donc important, pour explorer notre question, d'identifier et de qualifier ces deux types de douleur. En effet, cela nous permettra de comprendre pourquoi ces douleurs ont un impact déterminant dans la réalisation d'un soin et dans la prise d'une décision infirmière.

¹⁸ MICHAUX, Lise. *Les mots du prendre soin. Définition, points de veille et questions de réflexion*. Page 165.

¹⁹ Haute autorité de la santé. *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*

2.2.1. Les douleurs liées aux soins

Depuis 2005, à la suite du second programme national de lutte contre la douleur (2002-2005)²⁰, plusieurs études ont abordé le thème de la douleur provoquée par les soins. Ces études ayant mis en évidence une multitude de situations pouvant créer cette typologie de douleur, quelques auteurs ont alors défini ce terme sous différents points afin de le rendre plus précis. François Boureau distingue plusieurs types de douleurs :

- *« provoquée : se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin (ou un soignant) dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.*
- *iatrogène: Se dit d'une douleur causée par le médecin (ou son traitement) de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.*
- *induite: se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. »²¹*

Afin d'apporter un regard différent à ces définitions, Pascale Wanquet-Thibault ajoute que *«seuls les douleurs des actes ou prescriptions médicales étaient prises en considération. De plus, ces douleurs étaient considérées de courte durée par le thérapeute, par rapport aux douleurs liées à la maladie elle-même, et sans qu'il soit tenu compte de l'avis des personnes les plus concernées, les malades. [...] Il est rapidement apparu que ces douleurs ne concernaient pas seulement les actes réalisés par les médecins mais aussi ceux effectués par l'ensemble des membres du personnel intervenant auprès des malades ou des personnes soignées. [...] La durée des soins vécue par le patient était bien différente de celle vécue par le soignant. En effet, si pour le soignant le soin réalisé est souvent de courte durée pour la personne soignée, l'accumulation et la répétition des soins ainsi que les douleurs d'intensité plus ou moins variable qu'ils provoquent peuvent générer une douleur quasi permanente d'intensité parfois majeure.»²²*

L'ensemble de ces explications permet à P.WANQUET-THIBAUT d'introduire le terme de douleur liée aux soins, qu'elle définit comme étant *« tout ce qui fait mal et qui est associé aux*

²⁰ Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005.*

²¹ WROBEL, Jacques. *Les douleurs induites.* Page 10.

²² WANQUET-THIBAUT, Pascale. *Douleurs liées aux soins.* Page 2.

interventions des soignants, c'est-à-dire : les douleurs liées aux actes ou aux gestes techniques invasifs ou intrusifs [...]. Les douleurs liées à tous les actes quotidiens réalisés par les infirmiers et auxiliaires médicaux pour répondre aux besoins fondamentaux des patients [...]. Les douleurs liées aux traitements, aux suites opératoires, à la radiothérapie, etc. »²³

Afin d'illustrer et d'éclaircir l'ensemble de ces définitions, Evelyne Malaquin-Pavan et Véronique Morize, nous exposent les différents types de soins pouvant être responsables de douleur induite : *«Injection intramusculaire ou sous cutanée ; Prélèvements pulpaire (glycémie) ; Ponction biopsie médullaire ; Ponction d'ascite, de plèvre ; Ponction lombaire ; Fibroscopies ; Actes de radiologie ; Pansements ; Retrait d'adhésifs ; Mobilisations (toilettes, changes, transferts, brancardages, etc...) ; Aspiration naso – pharyngée ; Pose et retrait de sonde : gastrique, urinaire ; Extraction de fécalome ; Actes de kinésithérapie motrice ou respiratoire ; Petite chirurgie : suture, curetage.»²⁴* Elles ajoutent également que *«cette liste n'est pas exhaustive et dépend de l'activité de chaque service de soins. D'autres soins sont vecteurs de douleur ou de majoration de l'inconfort ».*²⁵ En effet, J. WROBEL complète cette liste de soins, en se centrant sur tous les actes relevant du rôle propre de l'infirmier qui peuvent induire de la douleur : *«Manutention et mobilisation de toutes formes [...]; Installation ; Hygiène corporelle et bucco-dentaire [...]; Aide alimentaire selon l'articulé et l'état dentaire, la déglutition [...]; Habillage et déshabillage [...].»²⁶*

De ce fait, grâce à ces explications nous sommes actuellement en capacité de définir précisément le terme de douleurs liées aux soins, d'identifier les différents acteurs responsables de celles-ci mais également de prendre conscience de tous les soins pouvant être responsables, pour le patient, d'un inconfort voire d'une douleur.

2.2.2. La douleur chronique

Notre question de départ comporte un terme spécifique. Celui-ci étant la notion des douleurs «chroniques». Ainsi comprendre la spécificité de ce terme, identifier les risques et conséquences pour le patient atteint de douleur chronique, nous permettra de clarifier le contexte de notre question de départ.

²³ WANQUET-THIBAUT, Pascale. *Douleurs liées aux soins*. Page 2.

²⁴ Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et/ou âgée : organisation des soins avant/ pendant/ après.

²⁵ Ibid

²⁶ WROBEL, Jacques. *Les douleurs induites*. Page 41.

Ainsi, pour introduire notre recherche, il est important d'énoncer que d'après Pascale WANQUET-THIBAUT (WANQUET-THIBAUT, 2015)²⁷ quelle que soit l'origine de la douleur, celle-ci se décline en plusieurs composantes :

- La composante sensori-discriminative, qui est la capacité de l'individu à distinguer quantitativement et qualitativement sa douleur (l'individu est capable de dire si la douleur le pique, le brûle, est en étau etc... Où elle se localise, ce qui l'aggrave et la soulage.)
 - La composante affectivo-émotionnelle, celle-ci est l'ensemble des retentissements émotionnels qui apparaissent pendant que l'individu est douloureux. Ces émotions sont propres à chaque individu et sont le plus souvent négatives (anxiété, peur, colère etc.).
 - La composante cognitive, est la compréhension et le sens donnés à la douleur. Ce sens dépend de l'âge et des capacités cognitives du patient.
 - La composante comportementale s'agit du retentissement de la douleur sur l'attitude corporelle du patient et l'adaptation de celle-ci sur son corps.
- C'est en fonction de cette composante que le patient aura des modifications cliniques et hémodynamiques

Nous comprenons donc qu'un patient douloureux chronique présente l'ensemble de ces composantes perturbées en permanence. Nous supposons que cela peut avoir, au cours du temps, un impact néfaste sur la qualité de vie du patient. L'HAS définit la douleur chronique/ le syndrome douloureux chronique comme étant *«un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.»*²⁸ De plus, la Société Française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) ajoute à cette définition, que la douleur chronique doit être *« persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois.»*²⁹ De ce fait, nous

²⁷ WANQUET-THIBAUT, Pascale. *Douleurs liées aux soins.*

²⁸ Haute autorité de la santé. *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*

²⁹ Société Française d'étude et de traitement de la douleur. *La douleur chronique.*

comprenons que le syndrome douloureux chronique est une douleur persistante (qui dure depuis plus de 3 mois), répondant insuffisamment au traitement administré et qui provoque progressivement une dégradation significative de la qualité de vie du patient (sur le plan personnel et professionnel). Selon la SFETD³⁰, il est possible de distinguer trois causes de douleur chronique :

- La douleur par excès de nociception (douleur aiguë)
- La douleur neuropathique
- La douleur dysfonctionnelle (plus connu sous le nom de douleur idiopathique)

La douleur neuropathique étant l'une des causes les plus fréquentes dans les douleurs chroniques, il nous semble donc important de la définir. Ainsi selon M.RIOUFOL « *Les douleurs neuropathiques correspondent à une hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive. Elles sont souvent consécutives à une lésion des voies de la sensibilité, au niveau du système nerveux central ou périphérique. Exemple : polynévrites, certaines douleurs de cicatrices ou postopératoires, "membres fantômes", douleurs centrales après un accident vasculaire cérébral (AVC)... Ces douleurs qui s'expriment souvent sous forme de brûlures, picotements, décharges électriques, broiements...* »³¹

Comme dit précédemment ces douleurs ont un impact sur la qualité de vie des patients. En effet, le livre blanc de la douleur rédigé par la SFETD précise que la douleur chronique « *est souvent multifactorielle, avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences physiques, morales et sociales.* »³² Conséquemment C. PAILLARD nous témoigne, dans l'une de ses définitions sur la douleur chronique, qu'un patient souffrant de ce syndrome peut entraîner « *Une détresse psychique prolongée, qui se manifeste par de la fatigue, des insomnies.... Elle peut être aussi responsable d'une détresse psychologique importante qui résulte notamment de l'inquiétude, de la dépression. Elle se manifeste alors par de l'irritabilité et de la dépression.* »³³

L'un des articles de la SFETD complète cette définition en ajoutant que les douleurs chroniques peuvent entraîner « *une demande insistante par le patient de recours à des*

³⁰ Ibid

³¹ Physiologie de la douleur

³² Société Française d'étude et de traitement de la douleur. *Livre blanc de douleur 2017, État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen*. Page 33.

³³ PAILLARD, Christine. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmière*. Page 157.

médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ; une difficulté du patient à s'adapter à la situation.»³⁴

C'est ainsi, que grâce à l'ensemble des informations récoltées au cours de nos recherches, nous sommes actuellement conscients de l'ensemble des spécificités des douleurs chroniques. Par conséquent, nous comprenons l'impact de celle-ci lors d'une prise de décision en amont d'un soin.

2.2.3. Les outils d'évaluation de la douleur

Nous savons, grâce aux recherches effectuées précédemment, qu'un patient souffrant de douleur chronique est susceptible d'être douloureux de manière permanente. Par conséquent, afin d'objectiver le degré de cette douleur, l'infirmier sera confronté à utiliser des outils d'évaluation de la douleur, en amont de la réalisation d'un soin. De ce fait, nous pensons que selon le «score» obtenu à la suite de cette évaluation, la décision infirmière sera impactée. Ainsi, connaître les outils adaptés et certifiés, pour l'évaluation d'une douleur, en fonction du patient pris en soins, nous paraît indéniable.

Néanmoins avant de débiter cette recherche, il nous semble indispensable de rappeler le rôle de l'infirmier dans l'évaluation de la douleur. En effet, dans le décret du 29 Juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession, il est stipulé que l'infirmier doit, dans le cadre de son rôle propre : *«Participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes [...]»³⁵* *«Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance [...] Évaluation de la douleur.»³⁶*

Ainsi, pour évaluer cette douleur l'infirmier dispose de plusieurs outils. Nous pouvons donc retrouver l'ensemble de ces outils dans l'ouvrage P.WANQUET-THIBAUT. Ainsi il nous indique que lorsqu'un patient est en capacité d'établir une auto-évaluation, il est conseillé d'utiliser :

- *«Échelle Visuelle Analogique (EVA) est une réglette horizontale ou verticale (surtout adaptée à l'enfant, mais aussi à la personne avançant en âge) [...]*

³⁴ Société Française d'étude et de traitement de la douleur. *La douleur chronique.*

³⁵ Décret du 29 Juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession

³⁶ Ibid

- *Échelle Numérique (EN). Il s'agit de demander au patient de donner une note entre 0 et 10 à sa douleur en précisant que 0 correspond à l'absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable. Le principe est le même que celui de l'EVA sans la présence d'un support visuel, ce qui implique que le patient ait une certaine capacité d'abstraction.*
- *Échelle Verbale Simple (EVS). Plutôt que de demander au patient de coter sa douleur entre 0 et 10, le soignant lui propose 5 niveaux de douleur correspondant chacun à une intensité différente : 0= absence de douleur ; 1 : douleur faible ; 2= douleur modérée ; 3= douleur intense ; 4 = douleur extrêmement intense.*
- *Échelle des Visages (ou face pain scale) est principalement utilisée chez l'enfant entre 4 et 9 ans. Le soignant demande à l'enfant de désigner à quel visage correspond la douleur qu'il ressent.»³⁷*

De ce fait, nous comprenons que ces outils ont des limites car en effet, lorsqu'un patient n'est pas en capacité d'évaluer seul, sa douleur ces échelles ne peuvent pas être utilisées. Par conséquent, il est conseillé d'utiliser, avec un membre connaissant le patient, des outils d'hétéro-évaluation tels-que : *«Chez le nouveau-né et le nourrisson sont utilisées l'échelle DAN (Douleur Aigüe chez le Nouveau-né) et l'EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort chez le Nouveau-né). Chez le jeune enfant, l'échelle d'Evendol (évaluation enfant douleur) s'utilise jusqu'à 7 ans. Chez la personne âgée dyscommuniquante l'outil totalement adapté à l'évaluation de la douleur chronique est l'échelle doloplus et pour les douleurs liées aux soins, l'Échelle Comportementale pour Personne Âgée (ECPA). Toutefois l'Algoplus, plus simple et rapide, peut également être utilisée en première intention pour les douleurs liées aux soins [...]»³⁸ (L'ensemble de ces échelles sont visible en annexe I)³⁹*

Plusieurs autres échelles existent pour évaluer la douleur. Néanmoins celles-ci étant moins connues et moins utilisées nous avons décidé de ne pas les présenter. Après avoir énuméré les multiples échelles unidimensionnelle, F. AVET ; F. LACOMBE et al, nous indiquent qu'elles peuvent être classées dans deux catégories : Les évaluations mesurant l'intensité (quantitative) de la douleur. Exemple : *«EVS [...] EN [...] EVA [...]»⁴⁰* L'évaluation mesurant de façon

³⁷ WANQUET-THIBAUT, Pascale. *Douleurs liées aux soins*. Page 91

³⁸ Ibid. Page 93.

³⁹ Annexe I : Les outils d'évaluation de la douleur.

⁴⁰ AVET, F ; LACOMBE, F et al. *Douleur compétences et rôle infirmiers*. Page 58.

qualitative la douleur. Ces évaluations permettent «*de repérer les différentes composantes de la douleur (sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale) [...]»*⁴¹ De ce fait, cela permettra d'identifier l'origine principale/ le mécanisme de ces douleurs «*nociceptif, neuropathique, psychogène, mixte»*⁴²

Ainsi, toutes ces explications nous permettent de connaître l'ensemble des outils d'évaluation de la douleur, d'être en capacité de savoir quel outil choisir en fonction du profil du patient mais aussi de connaître la possibilité selon l'outil choisi de qualifier ou de quantifier la douleur.

2.3. Les soins d'hygiène et de confort

Le soin principal de notre question de départ est la réalisation d'un soin d'hygiène visant à apporter du confort au patient pris en charge. Par conséquent, développer ce concept sous tous ses angles de vue nous paraît indispensable pour obtenir une vision générale de ce soin et donc éclaircir le sujet de notre question de départ.

Nous débutons donc notre recherche, en centrant celle-ci, sur le rôle de l'infirmier dans ce type de soin. En effet, d'après le Décret du 29 Juillet 2004, l'article R4311-3 nous indique qu'il «*Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.»*⁴³. De plus, l'article R4311-5 met en avant que «*Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants [...]: Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement [...]*⁴⁴

Ainsi, nous comprenons qu'effectuer des soins d'hygiène et de confort fait partie intégrante du rôle propre de l'infirmier. Lors de nos recherches, nous avons trouvé peu de définition pouvant associer la notion de soins d'hygiène et de soins de confort. Selon L. MIRA «*Les soins d'hygiène et de confort sont les soins corporels de base destinés à toute personne temporairement ou définitivement dans l'impossibilité de subvenir à ses soins*

⁴¹ AVET, F ; LACOMBE, F et al. *Douleur compétences et rôle infirmiers*. Page 58.

⁴² Ibid

⁴³ Décret du 29 Juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession.

⁴⁴ Ibid

élémentaires.»⁴⁵ Nous pouvons donc comprendre que tous les individus peuvent être susceptibles d'obtenir des soins d'hygiène et de confort. Selon L.PITARD et E. PERUZZA «les soins d'hygiène et de confort demandent un savoir-faire de l'infirmière qui résulte de la combinaison de savoir et de savoir-être. L'infirmière doit maîtriser l'aspect technique du soin mais aussi le réaliser avec une qualité d'écoute et de relation envers le patient [...]»⁴⁶. De par ces définitions, nous pouvons constater que multiples notions sont mises en lumière. Par conséquent, cela complexifie sa compréhension. Ainsi, afin d'obtenir une vision générale tout en restant centré sur les items principaux de notre concept, nous avons décidé de le décliner en 3 parties : les soins, les soins d'hygiène et les soins de confort.

2.3.1. Les soins

Selon le Larousse le soin est défini comme étant un «Acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un.»⁴⁷ De plus, le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, définit ce terme comme étant «Intérêt, attention que l'on a pour quelqu'un.»⁴⁸. Ainsi, nous pouvons introduire que la notion de soin est principalement centrée sur l'action de porter une attention/un intérêt bienveillante envers l'autre. Ainsi L. MICHAUX complète ces définitions en ajoutant que « Le soin est d'abord l'attention, la veille que l'on apporte à quelque chose [...] Le soin est ensuite la marque d'une préoccupation, d'un souci pour quelque chose ou quelqu'un [...] Les locutions verbales 'avoir soin de' ou 'prendre soin de quelqu'un c'est particulièrement veiller à son bien-être, s'occuper de son état, de sa santé.»⁴⁹. Conséquemment, nous pouvons comprendre grâce à cette définition, que lorsqu'un individu réalise un soin, quel qu'il soit, celui-ci a pour unique objectif de prendre soin de l'autre. L. MICHAUX ajoute également que « au pluriel, les soins renvoient à des actes en vue de marquer de la sollicitude pour une personne, de veiller sur son bien-être physique et psychique [...] Ce sont également toutes les actions mises en œuvre, tous les moyens utilisés par des professionnels de la santé en vue de soigner, de venir en aide à une personne.»⁵⁰ Cette définition nous permet d'inclure la notion de l'action soignante. Celle-ci a pour objectif principal, lors de la réalisation d'un soin, de préserver ou améliorer la santé d'autrui.

⁴⁵ MIRA, Laurette. La toilette mixte. *Soins aides soignantes*.

⁴⁶ PITARD, L ; PERUZZA, E ; et al. *Cahier des sciences infirmières. Soins de confort et de bien-être – Soins relationnels – Soins palliatifs et de fin de vie*. Page 19.

⁴⁷ *Dictionnaire Français Larousse*.

⁴⁸ *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*.

⁴⁹ MICHAUX, Lise. *Les mots du prendre soin. Définition, points de veille et questions de réflexion*. Page 163.

⁵⁰ *Ibid*

De ce fait, nous supposons que pour atteindre cet objectif il est nécessaire de réaliser des soins de qualité. Pour W.HESBEEN (cité par C.PAILLARD) un soin de qualité est *«l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique, et habiletés techniques, sont déterminants essentiels d'un soin de qualité»*⁵¹. Cette définition nous permet donc de comprendre, qu'un soin de qualité n'est pas seulement l'acte effectué en lui-même. En effet, il sera nécessaire, pour atteindre cette notion de qualité, de considérer et de répondre à l'ensemble des besoins bio-psycho-sociale du patient.

2.3.2. Les soins d'hygiène

Selon le dictionnaire des termes de médecine, l'hygiène est définie comme *« Une science qui apprend à conserver et à améliorer la santé »*⁵². Ainsi nous comprenons qu'en mettant en place des soins d'hygiène nous contribuons à améliorer et conserver la santé d'autrui. D'après Marguerite Potier (cité par C. Paillard) *«Nous parlons d'hygiène individuelle, d'hygiène alimentaire, d'hygiène du sommeil et d'hygiène corporelle (propreté).»*⁵³ A. PAUCHET-TRAVERSAT définit les soins d'hygiène comme étant *«l'ensemble de soins et de procédés qui permettent d'assurer la propreté du corps et des téguments et d'en préserver l'intégrité. L'hygiène de l'environnement de la personne est également comprise dans cette pratique.»*⁵⁴. De ce fait, ces définitions nous permettent d'introduire les différents soins d'hygiène pouvant être apportés au patient. C. HAZEN établit, dans son ouvrage, la liste de ses divers soins *«Soins d'hygiène corporelle, soins autour de l'habillement, soins autour de l'alimentation et de l'élimination, soins autour de la mobilisation, soins autour du sommeil, soins au travers d'activité.»*⁵⁵

2.3.3. Les soins de confort

Le terme confort est défini de façon succincte par C. HAZEN comme étant *«l'ensemble des agréments que produit le bien-être matériel.»*⁵⁶ L. MICHAUX ajoute à cette définition que le confort est *«un ensemble de conditions qui contribuent à une aise matérielle (vivre dans le confort). Elle concerne également un état d'esprit, une sensation de bien-être, une tranquillité*

⁵¹ PAILLARD, Christine. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmière*. Page 332.

⁵² DELAMARE, Jacques ; GARNIER, Marcel et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Page 420.

⁵³ Christine. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmière*. Page 223.

⁵⁴ PAUCHET-TRAVERSAT, A ; GABA-LEROY, C et al. *Soins infirmiers : Fiches techniques*.

⁵⁵ HAZEN, CONSTANCE. *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie*. Page 10.

⁵⁶ Ibid

sur le plan physique, qui peut-être renforcé par une aide extérieure»⁵⁷. Ces définitions nous permettent donc de comprendre que le confort peut-être matériel et/ou physique ainsi que psychologique. Ce confort concerne tous les individus et une aide extérieure peut aider celui-ci à l'atteindre s'il n'est pas en capacité de le faire seul. M. MONCET⁵⁸ associe le terme de confort avec la notion de bien-être qu'elle définit comme étant « *la sensation agréable procurée par la satisfaction de besoins physique, l'absence de tension psychologique* ». C'est ainsi qu'elle définit les soins de confort et de bien-être comme étant « *Tous les soins infirmiers qui visent au bien-être du patient en essayant de satisfaire aux mieux ses besoins physiques lorsqu'il ne peut les assumer lui-même.* » M. MONCET ajoute, à la suite de cette définition, un listing de soins relevant du confort et du bien-être : « *L'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne qui favorisent le bien-être : la toilette et les gestes d'hygiène, une alimentation équilibrée, la mobilité, la qualité du sommeil, la prévention des escarres, mais aussi la surveillance des paramètres vitaux ; l'accompagnement du bien-être psychique.* » Nous prenons alors conscience, après le listing de ces actes, que les soins de confort vont de pair avec les soins d'hygiène. En effet, lorsqu'un soin d'hygiène est réalisé auprès d'un patient, le soignant associe également des soins de confort (exemple : pendant la réalisation d'une toilette au lit, le soignant effectue un effleurage).

Par conséquent, nous pouvons, grâce à l'ensemble des explications apportées, comprendre ce que sont les soins d'hygiène et de confort. En effet, nous sommes actuellement en capacité d'assimiler que leur réalisation est un besoin fondamental pour le patient. Toutefois nous sommes également aptes à concevoir qu'il est important que ces soins soient réalisés avec qualité et donc qu'ils puissent être source d'interrogation sur la pertinence de leur réalisation.

⁵⁷ MICHAUX, Lise. *Les mots du prendre soin. Définition, points de veille et questions de réflexion*. Page 41.

⁵⁸ MONCET, M ; HERNANDEZ, A et al. *Soins de confort et de bien être, relationnels, palliatif et de fin de vie*.

3. L'EXPLORATION DE TERRAIN

3.1. Méthode et outils

3.1.1. Le choix de l'outil

Pour réaliser notre enquête exploratoire, nous avons choisi d'utiliser deux entretiens individuels car cette méthode nous paraissait être la plus pertinente pour explorer notre question de départ. En effet, pour identifier les différents éléments sur lesquels l'infirmier s'appuie pour décider de réaliser un soin douloureux, lui laisser la possibilité de s'exprimer nous semble obligatoire. L'observation ou le croisement d'études pourraient être des méthodes exploratoires intéressantes, néanmoins, nous pensons, que nous n'obtiendrions pas autant de données que pendant la réalisation d'un entretien. Nous désirons donc mener des entretiens semi-directifs. Par conséquent, nous pourrions poser des questions ouvertes qui laisseraient aux professionnels le libre choix de s'exprimer, tout en ayant la possibilité, si besoin, de recentrer l'entretien si leur réponse s'éloigne trop de la question posée en amont. Les entretiens seront également enregistrés ce qui nous permettra d'établir plus facilement leur retranscription et surtout d'être plus disponible pendant l'entretien.

3.1.2. Le choix de la population

Pour réaliser nos entretiens, nous avons pour consigne de rencontrer deux infirmier(e)s. Ainsi, nous désirons interviewer des infirmier(e)s dont le temps d'expérience professionnelle est suffisant pour connaître la spécificité de la prise en charge d'un patient souffrant de douleurs chroniques. De plus ces infirmier(e)s devront régulièrement être confrontés à des soins d'hygiène et de confort pouvant induire de la douleur. Nous pensons pouvoir rencontrer ce profil d'infirmier(e) dans des services d'oncologie et de médecine interne. En effet, ces services accueillent en majorité des patients souffrant de douleurs chroniques (des douleurs cancéreuses ainsi que des douleurs liées à la sénescence). De plus, ces services réalisent régulièrement des soins d'hygiène et de confort. Lors de leur réalisation des douleurs supplémentaires peuvent être provoquées. L'ensemble de ces raisons, nous permet de penser qu'interviewer des infirmier(e)s exerçant au sein de ces services est pertinent, et vient justifier le choix que nous avons pris de nous tourner exclusivement sur ces derniers.

3.1.3. La réalisation de l'exploration de terrain

Afin de pouvoir réaliser notre exploration de terrain, nous avons contacté par téléphone, plusieurs établissements accueillant les services ciblés préalablement (médecine interne et oncologie). Après plusieurs appels téléphoniques, un cadre de santé de chacun des services ciblés, nous a donné son accord pour que nous puissions interviewer l'une des infirmières de leur service. Après avoir énoncé le thème de notre mémoire, les cadres de santé ont recherché l'infirmier(e) qui serait, potentiellement, le plus qualifié pour répondre à nos questions. Une fois cette recherche fut effectuée par les cadres, le nom de ces infirmier(e)s nous a été transmis puis nous avons établi une date et un horaire concordant aux disponibilités de l'infirmier(e) choisi.

Ci-dessous, l'ensemble des informations portant sur les infirmières interviewées :

Infirmière interviewée	Age	Nombre d'années d'exercice	Nombre d'années dans le service	Secteur
IDE 1 : Margaux	30 ans	8 ans	2 mois	Privée
IDE 2 : Lisa	28 ans	4 ans	2 ans et demi	Public

Déroulement de l'entretien avec l'IDE Margaux : Arrivés au sein de l'hôpital, nous nous sommes présentés au poste de soins du service de médecine interne. Un infirmier nous a accueilli et nous a dirigé vers l'infirmière que nous devons interroger. Celle-ci s'est alors présentée mais nous a rapidement fait part de son impossibilité de mener à bien l'entretien, car elle n'avait pas été prévenue de notre présence et avait un impératif immédiat. Elle s'est donc excusée et a proposé à l'une de ses collègues infirmière de réaliser l'entretien. Nous prénommerons cette collègue Margaux, afin de garantir son anonymat. Après avoir pris connaissance du thème de mon mémoire, Margaux a accepté de mener l'entretien. Nous nous sommes donc installées dans la salle de détente du service. Au sein de cette salle s'y trouvaient encore quelques membres du personnel soignant qui finissaient de manger, mais ils nous ont garanti d'être discret durant l'entretien. L'entretien s'est donc déroulé convenablement, nous avons pu suivre l'intégralité de notre guide d'entretien⁵⁹ et n'avons pas réellement été dérangés par les professionnels de santé. Celui-ci a duré environ 11 minutes et a pu être enregistré dans son intégralité.

⁵⁹ Annexe II : Le guide d'entretien

Déroulement de l'entretien avec l'IDE Lisa : Arrivés au sein de l'hôpital, nous nous sommes présentés à l'accueil du service d'oncologie. Nous avons été accueillis par l'infirmière dédiée à notre entretien. Nous prénommerons cette infirmière Lisa afin de garantir son anonymat. Nous nous sommes ensuite installées dans un des postes de soins du service. Nous étions les seules présentes dans cette salle. En amont de l'entretien, nous avons transmis à Lisa le thème de notre mémoire. L'entretien s'est déroulé convenablement, nous n'avons pas été dérangées durant l'intégrité de celui-ci. Nos échanges ont pu être enregistrés et ils ont duré une vingtaine de minutes.

3.1.4. Les biais et limites lors de la réalisation de l'entretien

Au cours de nos deux entretiens, nous avons pu identifier plusieurs biais et limites. Pour l'entretien avec l'infirmière Margaux, l'une des limites fut, pour nous, le changement inopiné de la personne interviewée juste avant le début de l'entretien. En effet, l'infirmière prévue pour l'entretien, n'ayant pas été avisée de notre venue et ayant en outre un imprévu, elle n'a donc pas pu réaliser l'entretien. L'infirmière Margaux a donc accepté de réaliser l'entretien malgré son peu d'expérience au sein du service de médecine interne. De plus, lors de notre rencontre avec l'infirmière Margaux, après lui avoir énoncé le thème de notre mémoire, nous avons pu identifier un biais. En effet, Margaux nous a informé qu'elle avait effectué son mémoire sur un sujet similaire au notre (axé sur la douleur induite). De ce fait, les premières réponses apportées par Margaux étaient principalement orientées sur la douleur. Enfin, nous supposons que le lieu où a été effectué l'entretien, a pu être une limite car Margaux étant entourée de ses collègues, nous faire partager l'ensemble de ses pensées et de ses convictions n'était peut-être pas réalisable. Pour l'entretien avec l'infirmière Lisa, nous avons pu identifier comme biais, la demande explicite qui lui a été faite au moment de la présentation du thème de notre mémoire. Cette demande était qu'elle n'oriente pas l'ensemble de ses réponses sur la douleur. Cependant en verbalisant ce souhait, nous avons malencontreusement orienté l'entretien.

3.1.5. Le choix de l'outil d'analyse

Afin de réaliser notre analyse, nous avons choisi d'utiliser une grille de lecture⁶⁰. Cette grille se présente sous forme de tableau et elle est composée de plusieurs colonnes. Ce tableau nous permet de croiser les multiples données récoltées pendant la rédaction du cadre conceptuel et lors des deux entretiens afin de faire le lien avec le cadre de conceptuel et la question de départ. De plus, il nous aide à identifier les différents biais de nos entretiens et les possibles recherches complémentaires à effectuer de manière à être en capacité de maîtriser la totalité des données analysées. Enfin, ce tableau nous permet de mettre en lumière l'ensemble des questionnements à développer dans la partie discussion qui nous permettra d'aboutir à la formulation d'une question/ hypothèse de recherche.

3.2. Les résultats significatifs de l'entretien

Cette partie nous permet de mettre en évidences les résultats significatifs de nos deux entretiens⁶¹. Cela nous permettra de construire notre discussion en croisant ces résultats à notre partie théorique. Ainsi, nous pouvons observer dès nos premières questions axées sur le thème des compétences, que l'expérience et le cursus des deux infirmières interviewées sont assez proches. Lisa est infirmière depuis 4 ans et Margaux depuis 8 ans. Lisa a débuté sa carrière en médecine interne puis a intégré, il y a maintenant 2 ans, un service d'oncologie. Margaux a débuté sa carrière en service de pneumologie puis a intégré, depuis 2 mois, un service de médecine interne. Nous pouvons ensuite constater qu'à la question portant sur la prise de décision infirmière, Margaux et Lisa ont des réponses plutôt semblables. En effet, avant de prendre une décision, les infirmières observent le patient et elles demandent un avis médical. Toutefois, Lisa ajoute qu'avant de prendre une décision, elle recherche également d'autres éléments tels-que le ressenti du patient, son vécu et le vécu de son entourage face à la situation, mais aussi quelles sont les ressources du service. Pour la question « Sur quoi vous appuyez-vous pour déterminer qu'un soin est réalisé avec qualité ? » Margaux est très attentive au faciès, à l'attitude et aux dires du patient. Quant à Lisa, pour la réussite de son soin, elle s'appuie sur les dires et les ressentis du patient (pendant et après le soin) pour affirmer que son soin était de qualité. Pour la question portant sur les représentations que les infirmières ont du patient douloureux chronique, Margaux et Lisa s'imaginent un patient constamment douloureux/ qui n'est jamais soulagé. Margaux nous explique que pour elle, un patient

⁶⁰ Annexe IV : La grille de lecture

⁶¹ Annexe III : Le verbatim

douloureux chronique est, soit une personne qui pleure, qui grimace et qui gémit régulièrement, ou une personne qui arrive à prendre sur elle ce qui lui permet de ne rien extérioriser. Selon elle, cette différence est explicable car la douleur est subjective. Pour Lisa, un patient douloureux chronique est plus complexe à prendre en charge car il est nécessaire de prendre en compte leur douleur dans tous les soins et accompagnement du quotidien. Pour les questions « Comment prenez-vous en charge un patient douloureux chronique ? » et « Quelles précautions particulières mettez-vous en place avec ces patients », les premières réponses des infirmières sont similaires puis Lisa met en avant d'autres données. En effet, pour les deux infirmières il est nécessaire, pour prendre en charge un patient douloureux chronique, d'évaluer régulièrement sa douleur. Il est également, pour elles, indispensable de lui administrer des antalgiques et de les réajuster si besoin. Lisa complète ces réponses en nous expliquant que, pour elle, il est également important de faire preuve de patience et d'empathie pour prendre en charge ces patients. De plus, il est essentiel d'être à leur écoute, de chercher avec eux des positions antalgiques et de promouvoir leur autonomie. Enfin, pendant les soins, il lui semble indispensable de prendre son temps afin que celui-ci se passe dans les meilleures conditions possibles. En ce qui concerne les questions sur la douleur liée aux soins, les deux infirmières définissent de façon semblable cette notion. Lisa nous indique que les soins susceptibles d'induire de la douleur sont principalement des soins invasifs réalisés par le corps médical et paramédical. Elle nous dit également, que la douleur étant subjective, la réaction des patients, lors d'un soin douleur, ne sera pas la même. Margaux nous répond quasi-similairement mais elle met en lumière la possibilité d'induire des douleurs avec des soins non invasifs tels-que les toilettes, la réfection de pansement simple. En ce qui concerne les questions sur les soins d'hygiène et de confort, Margaux et Lisa répondent, toutes les deux, de façon quasi-équivalente. Pour elles, les soins d'hygiène font référence à la toilette, aux changes etc. et le confort est en lien avec l'aide dans les actes de la vie quotidienne, l'attention portée au patient. Nous pouvons constater que les deux infirmières associent les soins d'hygiène et de confort. Quant à la question portant sur les patients pouvant rencontrer des soins d'hygiène et de confort, Margaux nous indique que, pour elle, ce sont uniquement les personnes en perte d'autonomie ou grabataires. A l'inverse, Lisa nous dit que, pour elle, les soins de confort et d'hygiène peuvent être prodigués à tous les patients, de tout âge, de tout sexe et de tout degré d'autonomie confondu. Au regard de la question « Comment gérez-vous, les douleurs que vous allez induire, chez un patient déjà algique ? » nous pouvons remarquer

que certaines réponses des infirmières sont identiques et d'autres différenciables. En effet, Margaux et Lisa utilisent toutes les deux des antalgiques en amont du soin. Ensuite, pour Margaux, selon la durée du soin, le ressenti douloureux du patient et l'organisation du service, elle fera ou pas le soin. Quant à Lisa, elle gère les douleurs d'un patient déjà algique en réalisant des gestes avec délicatesse, en prenant son temps pour expliquer et installer le patient, mais aussi pour lui expliquer le déroulé du soin. De plus, si les soins sont de longue durée ou complexes, elle demande à un collègue d'être présente afin d'accompagner le patient et elle met en place des techniques non médicamenteuses comme la relaxation, le toucher massage et le Reiki⁶². Néanmoins, si malgré l'ensemble de ces moyens mis en œuvre, le soin est trop douloureux pour le patient, Lisa arrête le soin et passe le relais ou elle le programme pour plus tard. Vis-à-vis de la question « Qu'est ce qui se passe pour vous, lorsque vous induisez une douleur à un patient ? », Margaux et Lisa nous expliquent de façon similaire qu'elles ne se sentent pas bien lorsqu'elles induisent de la douleur. Margaux dit qu'elle n'aime pas faire des soins dans la douleur et qu'elle n'aime pas voir les patients souffrir. Lisa évoque quasi-similairement la même chose mais elle ajoute à ces dires, que lorsqu'elle induit de la douleur, elle met en place des mécanismes de défense telle-que la minimisation de la douleur que ressent le patient. Enfin, pour la question « Chez le patient, quel changement de comportement avez-vous déjà pu constater après la réalisation d'un soin induisant de la douleur ? », Margaux et Lisa nous indiquent qu'elles ont déjà toutes les deux constaté de la tristesse chez le patient après un soin douloureux. Margaux nous indique qu'elle a également déjà été confrontée à de l'agressivité engendrant parfois un refus de soin. Quant à Lisa, elle nous explique qu'elle à déjà dû faire face à de l'énervement/ colère.

⁶² Définition du Reiki page 28.

4. L'ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1. La discussion

Grâce à la partie précédente, nous avons pu constater que les réponses évoquées par les infirmières étaient en majorité semblables mais des divergences pouvaient également s'observer. Nous allons donc mettre en lien l'ensemble de ces réponses avec nos données théoriques afin de pouvoir analyser la totalité de nos résultats. Pour nous aider à mener cette analyse, nous allons utiliser notre grille de lecture⁶³ qui se trouve en annexe, et nous regrouperons les réponses de nos entretiens par thématique.

Ainsi, nous débutons notre analyse, en nous centrant sur le thème des compétences et des valeurs infirmières qui concerne les questions 1 à 5 puis la question 13. Au décours des questions 1 à 3, nous pouvons remarquer que Lisa et Margaux ont un cursus et une expérience professionnelle assez proches. De ce fait, nous pouvons supposer que cette similitude d'expérience et de parcours peuvent constituer une limite dans notre analyse. De plus, Margaux et Lisa sont des infirmières que nous pourrions qualifier de jeunes diplômées. En outre, Margaux exerce depuis seulement 2 mois dans le service de médecine interne. Ainsi d'après nos recherches, tout infirmier sortant de son institut de formation avec un diplôme d'état a de multiples capacités qui lui permettent de travailler au sein d'un service. L'ensemble de ces capacités finira, grâce à l'expérience qu'il va acquérir au fil du temps, par devenir des compétences ce qui lui permettra de devenir un infirmier compétent. Par conséquent Margaux et Lisa travaillant depuis peu de temps dans leur service actuel, nous pouvons dire de façon certaine qu'elles possèdent toutes les deux un grand nombre de capacités mais, au regard de la théorie, nous ne savons pas s'il est possible d'employer le terme de compétences.

Puis, en ce qui concerne la partie évoquant la prise de décision infirmière (question 4), nous pouvons tout d'abord identifier que nous avons introduit un biais au moment où nous avons demandé à Lisa de ne pas orienter ses réponses seulement sur la douleur. Par la suite, nous sommes en capacité de remarquer que Margaux et Lisa ont évoqué des réponses plutôt semblables.

⁶³ Annexe IV : La grille de lecture

En effet, pour prendre une décision, elles s'appuient toutes les deux sur l'observation qu'elles effectuent auprès du patient. Néanmoins nous constatons que Lisa explore d'autres éléments tels-que le ressenti des proches du patient et les possibilités et ressources que propose le service. Ces éléments nous permettent d'identifier un lien direct avec nos recherches théoriques qui nous expliquent que pour prendre une décision adaptée au patient il est nécessaire de s'appuyer sur ces ressources internes (observation et identification des besoins du patient mais aussi de celles de ces proches) et sur ces ressources externes (possibilités d'actions que propose le service). Toutefois, nous pouvons remarquer qu'avant de prendre toute décision, même relevant de leur rôle propre, Margaux et Lisa prennent l'initiative de demander l'avis du médecin. De ce fait, nous nous demandons ce qui motive cette démarche.

Pour ce qui est de la question 5, portant sur les critères recherchés pour déterminer qu'un soin est réalisé avec qualité, nous pouvons tout d'abord remarquer un biais. Celui-ci étant en lien avec les reformulations de notre part des réponses de Margaux. De ce fait, nous ne savons pas si cela a pu induire la suite de ses réponses. Ensuite, nous pouvons constater que pour Margaux un soin de qualité est un soin non douloureux. Pour Lisa un soin de qualité est tout d'abord un soin réussi, mais c'est aussi un soin où le patient paraît confortable et qui exprime sa satisfaction envers le soin. Nous pouvons donc comprendre, que pour les deux infirmières, un soin de qualité est un soin visant le confort et le bien-être du patient, ce qui coïncide avec nos recherches sur le sujet.

Enfin, nous allons débiter la dernière analyse de ce thème qui concerne la question 13. Celle-ci nous a principalement permis de faire un lien et de croiser nos données avec l'ensemble des questions précédentes. Ainsi, nous pouvons constater que pour gérer des douleurs chez un patient déjà algique Margaux et Lisa ont chacune leur propre savoir faire. En effet, même si les deux infirmières utilisent en premier recours des antalgiques pour anticiper les douleurs qui vont être induites chez le patient, elles ont chacune leur manière de gérer la suite du soin. Lisa nous explique que pour elle, il est primordial, de savoir s'adapter au patient. C'est ainsi qu'elle met en place divers méthodes pour réaliser un soin douloureux. Tout d'abord, pour l'ensemble des patients, elle s'oblige à être délicate dans ses gestes, elle prend le temps qu'il est nécessaire pour installer convenablement le patient et pour communiquer avec lui.

Ensuite, si le patient a besoin d'être informé sur le soin, elle s'assure d'expliquer le déroulé de celui-ci en amont et elle prévient le patient lors de chaque geste entrepris. Pour des soins qu'elle estime longs et complexes elle fait appel aux ressources du service qui sont ses collègues afin d'accompagner le patient durant tout le soin.

Elle et certains de ces collègues utilisent lors de soins douloureux des techniques de relaxation tels-que la respiration profonde et le toucher massage. D'autres de ses collègues sont également formés au Reiki. L'ensemble de ces techniques permet au patient d'être soulagé. Afin de comprendre les termes évoqués par Lisa nous avons mené des recherches complémentaires. Ainsi, la respiration profonde est définie, d'après P. WANQUET THIBAUT (WANQUET-THIBAUT, 2015)⁶⁴, comme une technique simple qui consiste à demander au patient de poser ses mains sur son abdomen et de respirer calmement afin de sentir son ventre se gonfler et se dégonfler. Le patient sera alors centré sur sa respiration ce qui lui permettra de faire abstraction du reste tel-que la sensation douloureuse. Le toucher massage est défini comme étant « *un type de massage adapté aux soignants pour un usage au bénéfice des patients. Le toucher-massage s'applique dans une approche des soins motivée par une intention bienveillante, qui prend forme grâce au toucher et à l'enchaînement de gestes sur tout ou partie du corps, pour détendre, relaxer, remettre en forme, rassurer, communiquer ou simplement procurer du bien-être* »⁶⁵. Enfin, le Reiki est « *l'union de la méditation et de la relaxation par un toucher relaxant sur des points du corps, pour favoriser la remise en route des potentiels naturels solutionnant de la personne. [...] Le Reiki prend en compte la globalité de la personne. On va donc s'occuper du bien-être mental de la personne (psycho-) et aussi de son bien-être corporel. [...] Le Reiki Traditionnel arrête les causes qui déclenchent des maux du corps et de l'esprit.* »⁶⁶ A la suite de toutes ces explications, nous supposons que les techniques non médicamenteuses peuvent être efficaces dans la gestion de la douleur liées aux soins.

Pour finir, Lisa met en avant qu'il est essentiel, pour elle, de ne pas s'obstiner sur un soin trop douloureux pour le patient. Il est donc indispensable de mettre un terme à celui-ci et de passer la main ou de le réitérer plus tard. De ce fait, nous pouvons constater, en croisant nos précédentes réponses, que Lisa met en œuvre un maximum de moyens pour accompagner le patient lors d'un soin douloureux. Cet accompagnement va permettre à Lisa d'établir un soin

⁶⁴ WANQUET-THIBAUT, Pascale. *Douleurs liées aux soins*. Pages 118.

⁶⁵ Joël Savatofski, *Le Toucher-massage*.

⁶⁶ <https://www.ffrt.fr/>

de qualité. Néanmoins, si malgré les divers moyens entrepris par Lisa, le patient n'est pas en capacité de supporter le soin, elle fera preuve d'humilité en stoppant son soin.

Concernant Margaux, elle nous explique que pour gérer un soin douloureux chez un patient déjà algique, elle essaie d'obtenir des antalgiques efficaces afin de pouvoir les administrer en amont du soin. Toutefois, si ces antalgiques ne sont pas prescrit elle réalisera tout de même le soin malgré la douleur qu'engendrera le soin. Puis en fonction de la durée de celui-ci, la douleur ressentie par le patient et la charge de travail présent dans le service, elle arrêtera ou pas le soin. Or, si nous croisons nos réponses précédentes, nous pouvons constater que Margaux définit un soin de qualité comme un soin réalisé sans douleur. Par conséquent, nous faisons l'hypothèse que Margaux a pour principal objectif et valeur d'être dans le respect du patient en lui induisant un minimum de douleur. Néanmoins, en raison de la charge du travail présente dans le service, elle se devra parfois d'aller à l'encontre de ses valeurs en induisant au patient des douleurs liées au soin pratiqué.

Nous abordons ensuite, le thème de la douleur chronique qui se rapporte aux questions 6 à 8. Au sein de la question 6 qui porte sur la représentation du soignant face au patient douloureux chronique, Margaux et Lisa visualisent ces patients comme étant des personnes constamment douloureuses, qui ne sont jamais soulagées. Lisa ajoute que pour elle, ces patients sont plus compliqués à prendre en charge car il est nécessaire de prendre en considération leur douleur dans tous les soins et accompagnements du quotidien. De ce fait, nous faisons l'hypothèse que lorsqu'un infirmier prend en charge un patient douloureux chronique, ses décisions peuvent être dissemblables de celles qu'il aurait prises pour un patient non algique. De plus, Margaux met en avant, la notion de douleur subjective car pour elle chaque patient exprime et ressent sa douleur différemment. Par conséquent, nous nous demandons si l'infirmier pourrait voir sa prise de décision modifiée face à la subjectivité de la douleur.

Quant aux questions 7 et 8 qui portent sur la prise en charge concrète d'un patient douloureux chronique, Margaux et Lisa ont certaines réponses en commun. En effet, pour les deux infirmières il est essentiel, d'évaluer régulièrement la douleur de ces patients. Cet élément est en effet retrouvé dans nos recherches théoriques. Nos recherches nous expliquent qu'il est primordial de qualifier et quantifier avec des outils fiables, les douleurs d'un patient, afin de pouvoir adapter la prise en charge infirmier aux besoins réels du patient.

De ce fait, nous pouvons faire l'hypothèse que Margaux et Laura évaluent fréquemment la douleur de leur patient douloureux chronique afin de mettre en place un accompagnement et une prise en charge adaptée à celui-ci. De plus, Lisa et Margaux nous indiquent qu'il est indispensable d'administrer à ces patients, de nombreux antalgiques et de les réajuster si besoin. Nous profitons alors de ces explications pour effectuer des recherches complémentaires concernant les antalgiques utilisés pour traiter la douleur. Ainsi, d'après F.AVET F.LACOMBE et al⁶⁷, la classification des antalgiques est : «*Antalgique non opioïde, dits périphériques : Paracétamol, néfopam, AINS et aspirine. Antalgique opioïdes faibles : Tramadol, codéine, dextropropoxyphène. Antalgique opioïdes forts : agonistes morphiniques, agonistes-antagonistes. Co-analgésique : Corticoïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, anti-arythmique, Gaba ergiques, antagonistes NMDA, myorelaxants.*» Nous comprenons donc que selon le degré et le type de douleur du patient, l'infirmier(ère) se devra d'adapter son antalgique, comme le font Margaux et Lisa. Néanmoins, les moyens médicamenteux ne seraient pas les seuls pour prendre en charge un patient douloureux chronique.

En effet, comme nous l'explique Lisa, il existe des moyens non médicamenteux pour amoindrir les douleurs d'un patient algique chronique. Elle nous donne comme exemple, la capacité d'être à l'écoute et d'adopter une attitude empathique. Ces techniques seront bénéfiques à ces patients car nous savons que la douleur chronique affecte leur dimension psychologique. De ce fait, laisser le patient s'exprimer sur son ressenti, sur sa douleur, sur son vécu puis prendre en considération l'ensemble de ces informations, l'aidera probablement à aller de l'avant. Il est également important, d'après Lisa, de savoir se montrer disponible. En effet, prendre son temps lors de chaque soin en s'assurant d'aller au rythme du patient, permettra d'optimiser le bon déroulé de celui-ci. Ainsi, nous pouvons remarquer que ces moyens sont simples et accessibles à tous. Ils relèvent principalement d'un accompagnement personnalisé aux besoins du patient.

Nous traitons par la suite, le thème de la douleur induite qui est relatif aux questions 9 et 10 ainsi qu'aux questions 14 et 15. Premièrement, nous pouvons identifier dans cette partie un biais. En effet, Margaux nous énonce clairement que l'une de nos questions est similaire à celle son propre mémoire. De ce fait, nous pouvons supposer que certaines de ses réponses ont été inspirées de celui-ci.

⁶⁷ AVET, F ; LACOMBE, F et al. *Douleur compétences et rôle infirmiers*. Page 70.

Malgré ce biais, Margaux et Lisa sont en pleine capacité de définir la douleur induite telle qu'elle est rédigée dans la théorie. Pour Lisa, tous les soins invasifs peuvent être responsables d'une douleur, néanmoins, pour elle, la douleur étant subjective, les réactions du patient seront différentes. Nous pouvons ainsi, de par cette phrase, nous questionner à nouveau sur l'impact de la subjectivité de la douleur dans la décision de l'infirmier(ère) lorsqu'il doit réaliser un soin.

De plus, Margaux ajoute aux réponses données par Lisa, la possibilité d'induire de la douleur lors de la réalisation d'un soin non invasif tel-que par exemple au cours d'une toilette. Ainsi, l'ajout de cette donnée, nous permet de nous demander si l'ensemble des professionnels de santé sont informés de la probabilité d'induire de la douleur au patient lors de tous soins et gestes de la vie quotidienne.

Concernant les questions 14 et 15, elles traitent ensemble de l'impact de la douleur induite chez le soignant et le soigné. Ces questions allant au-delà de notre question de départ, nous n'avons pas concrètement de données théoriques. Néanmoins, nous pouvons constater en analysant les réponses de Margaux et Lisa au sein de la question 14, qu'elles ressentent ensemble une sensation de malaise et de gêne lorsqu'elles induisent des douleurs. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que ces sensations négatives sont en lien avec l'effraction de leurs valeurs professionnelles. En effet, Margaux et Lisa ayant pour principal objectif de prendre soin de leur patient sans douleur en optimisant leur confort et bien-être, leur faire mal heurte donc leurs valeurs. Nous pouvons également remarquer que Lisa, nous dit que pour se protéger des douleurs qu'elle induit, elle met en place un mécanisme de défense. Celui-ci étant la minimisation/ la banalisation l'acte prodigué. Un mécanisme de défense est défini comme étant *«des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement.»*⁶⁸ Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que lorsqu'un soignant effectue des soins pouvant heurter ces valeurs, il met en place, de façon inconsciente, des mécanismes de défense afin de se préserver psychologiquement.

⁶⁸ <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31.htm#pa50>

La question 15 quant à elle, est relative aux émotions perçues chez le soigné après un soin douloureux. Nous pouvons constater que les deux infirmières ont déjà fait face à plusieurs émotions de la part du patient telles-que la tristesse, la colère et l'agressivité engendrant parfois un refus de soin. Lisa a également pu percevoir chez un patient douloureux des retentissements hémodynamique liés au stress. Ainsi, nous pouvons constater que réaliser un soin douloureux peut influencer sur le psychologique et le somatique du patient. De plus, nous pouvons comprendre que l'adhésion aux soins peut être impactée. De ce fait, nous nous demandons si les émotions du patient peuvent modifier la prise de décision infirmière.

Enfin, nous allons analyser le thème portant sur les soins d'hygiène et de confort qui correspondent aux questions 11 et 12. Ainsi, nous nous apercevons, en analysant les réponses des infirmières, qu'elles sont en capacité de donner des exemples de ces soins mais il leur semble compliqué d'établir une frontière entre ces deux soins. Néanmoins, nous sommes en capacité d'expliquer cette difficulté car comme nous l'avons vu dans nos recherches théoriques, les soins d'hygiène et les soins de confort vont de pair. Toutefois, nous pouvons remarquer une différence entre les dires des deux infirmières mais également avec nos recherches théoriques. En effet, lorsque nous analysons la question 12 qui porte sur la population pouvant bénéficier de soins d'hygiène et de confort, Margaux nous indique que pour elle, seuls les patients grabataires et en perte d'autonomie sont susceptibles d'en avoir nécessité. A l'inverse, Lisa nous explique que pour elle, tous les patients hospitalisés peuvent bénéficier de ces soins mais à des degrés et des fréquences différentes. Puis, la théorie nous dit que ces soins sont destinés aux personnes qui sont dans l'impossibilité temporaire ou définitive de les réaliser. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse qu'un infirmier est en capacité d'énumérer les actes relevant d'un soin d'hygiène et de confort. Cependant, selon le regard que l'infirmier porte sur ces soins, leur réalisation s'effectuera sur des patients avec des degrés d'autonomie dissemblables.

4.2. La problématique

Suite à notre analyse, il nous est maintenant possible de formuler la problématique de notre recherche. Pour ce faire, nous allons retracer notre cheminement, de notre question de départ jusqu'à présent. Pour rappel, notre question de départ est : «Sur quoi l'infirmier s'appuie-t-il pour décider de réaliser, chez un patient douloureux chronique, un soin d'hygiène et de confort induisant une douleur additionnelle à la sienne?»

Ainsi, pour comprendre notre question de départ, nous avons choisi plusieurs concepts en lien avec celle-ci. Ces concepts ont été explorés d'un point de vue théorique puis explorés sur le terrain grâce à des entretiens. Une fois ces étapes effectuées nous avons pu analyser l'ensemble des résultats. Nous pouvons alors constater qu'au cours de cette analyse plusieurs hypothèses ont pu être formulées. Toutefois, certaines de ces hypothèses ont été formulées à plusieurs reprises. De ce fait, nous pouvons supposer que cette répétition est le marqueur d'une possible piste d'ouverture de notre question de départ.

En effet, nous pouvons remarquer dans notre analyse, que les infirmières luttent pour faire diminuer les douleurs du patient qu'elles prennent en charge. Néanmoins, elles nous indiquent à plusieurs reprises que la douleur est subjective. Ainsi, chaque patient réagira et supportera la douleur différemment. Par conséquent, nous nous demandons si cette notion de subjectivité peut impacter la prise de décision d'un infirmier. Ce questionnement nous permet donc d'introduire notre première question de recherche qui est : En quoi la subjectivité de la douleur peut influencer la prise de décision infirmière ?

Par ailleurs, nous avons pu analyser que les deux infirmières recherchaient et identifiaient les besoins de leur patient en amont d'un soin. Cette exploration permettait aux infirmières d'accompagner le patient de façon adaptée durant la réalisation du soin. Nous avons également pu remarquer que cet accompagnement participait à la réalisation d'un soin de qualité. C'est donc grâce à ces constatations que nous pouvons formuler une hypothèse de recherche qui est : Un accompagnement adapté aux besoins du patient douloureux chronique est nécessaire pour garantir le bon déroulé d'un soin.

Enfin, nous avons pu analyser que les valeurs de nos infirmières sont souvent mises à l'épreuve. En effet, il arrive que les infirmiers se doivent d'entreprendre des actes qui vont à l'encontre de leur valeur pour diverses causes.

Au sein de notre analyse, nous pouvons par exemple comprendre qu'en raison de l'organisation du service, l'une de nos infirmières se doit de réaliser un soin douloureux alors qu'elle a pour principale valeur le respect et le prendre soin du patient sans douleur. C'est ainsi que nous arrivons à la rédaction d'une autre question de recherche qui est : Quels rôles les valeurs infirmières ont-elles dans la qualité des soins ?

Après un temps de réflexion, nous avons décidé de sélectionner comme problématique de recherche pour notre mémoire de fin d'étude, l'hypothèse suivante : **Un accompagnement adapté aux besoins du patient douloureux chronique est nécessaire pour garantir le bon déroulé d'un soin.**

Nous avons souhaité faire ce choix, car nous estimons, à l'inverse des questions de recherches citées précédemment, que cette hypothèse reprend l'intégrité de notre question de départ tout en la faisant évoluer vers un angle de vue différent. Ainsi, vérifier si notre hypothèse est vraie, permettra d'un point de vue professionnel, de faire avancer les pratiques soignantes. En effet, cette hypothèse pourrait mettre en lumière l'importance de connaître son patient dans son intégrité bio-psycho-sociale. De plus, cette hypothèse pourrait également aider l'infirmier à optimiser ses prises en charge. Effectivement, celui-ci étant informé de l'importance d'identifier les besoins de chacun de ses patients, il pourra être dans la capacité de les accompagner de façon adaptée lors de chaque soin et acte de la vie quotidienne.

D'un point de vue personnel, j'ai choisi cette hypothèse car je suis une personne qui aime anticiper ses actions. Or, grâce à cette hypothèse, j'ai pris conscience qu'il était indispensable de prendre le temps de connaître son patient et de repérer ses besoins, avant de vouloir réaliser ou planifier le moindre soin. De plus, si cette hypothèse s'avère vraie, elle va pouvoir m'aider à faire avancer ma propre pratique soignante. En effet, elle me permettra de garantir aux patients que je prendrai en charge, un déroulement satisfaisant des soins que j'aurai réalisés.

CONCLUSION

Pour conclure ce travail de recherche, je suis actuellement en pleine capacité de dire que «la gestion de la douleur liée aux soins» est un vaste et complexe sujet. Partant d'une situation d'appel qui a été particulièrement compliquée à vivre pour moi en raison des douleurs que j'ai induites au patient. J'ai mené tout un cheminement qui m'a amené à me centrer sur la prise de décision de l'infirmier en amont d'un soin douloureux et j'ai formulé comme question de départ : «Sur quoi l'infirmier s'appuie-t-il pour décider de réaliser, chez un patient douloureux chronique, un soin d'hygiène et de confort induisant une douleur additionnelle à la sienne?»

Ainsi, grâce à cette question, j'ai pu explorer de nombreux aspects du métier de l'infirmier, en passant par ses compétences, ses valeurs, ses responsabilités ainsi que son rôle dans certains soins. J'ai exploré ces sujets tout d'abord d'un point de vue théorique, puis d'un point de vue pratique grâce à des entretiens que j'ai effectués auprès de deux infirmières.

Ces deux points de vue m'ont permis d'obtenir plusieurs résultats que j'ai pu analyser. Cette analyse a mis en avant plusieurs éléments et interrogations pertinentes, mais un de ces éléments me paraissait vraisemblablement nécessaire d'être davantage exploré. Cet élément étant l'hypothèse de recherche suivante : «Un accompagnement adapté aux besoins du patient douloureux chronique est nécessaire pour garantir le bon déroulé d'un soin.»

En effet, pour moi en tant que future professionnelle, j'estime que cette hypothèse mérite d'être explorée dans un travail ultérieur car elle a un réel intérêt pour la pratique infirmière. Effectivement, je pense que si cette hypothèse se révèle vraie, il sera possible de mettre en lumière l'intérêt indéniable de rechercher et d'identifier systématiquement l'ensemble des besoins du patient avant de le prendre en charge. L'identification des besoins réels du patient permettra d'optimiser la qualité de chaque soin car ceux-ci seront adaptés au patient.

Afin de réaliser cette recherche ultérieure, il semblerait judicieux d'établir de nouveaux entretiens semi-directifs sur le thème de l'accompagnement du patient douloureux chronique. Les entretiens devront se dérouler auprès de plusieurs soignants (une dizaine environ) qui ont des années d'expérience et des parcours différents. Ces critères doivent absolument être respectés afin de garantir un échantillonnage représentant concrètement la profession. Les soignants interrogés devront avoir déjà eu à prendre en soins des patients douloureux chroniques. Sachant qu'il est possible de rencontrer ces patients dans tous types de service, je n'ai pas de réel critère sur le choix de celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE

Article :

- ❖ DESANFANT-LIXON, Caroline. Valeurs du soin. Mise en œuvre en situation. *EMC Savoirs et soins infirmiers* [format PDF]. Novembre 2014, 9, n°4. 6 pages. Disponible sur : https://www-em-premium-com.proxy.scd.u-psud.fr/showarticlefile/924717/60-66522_plus.pdf
- ❖ GRUAT, Florence. Les valeurs en crise. *Cairn* [En ligne]. 2009, n°96. Pages 5-7. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-1-page-5.htm?contenu=article>
- ❖ MALAQUIN-PAVAN, Evelyne ; MORIZE, Véronique. Prévention de la douleur provoquée par les soins chez la personne adulte et/ou âgée : organisation est soins avant/ pendant/ après. *Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur*. [En ligne]. 2004. Disponible sur : <http://www.cnrdr.fr/Prevention-de-la-douleur-provoquee.html>
- ❖ MC AREE, Caroline. La compétence professionnelle. *Oxymag* [Format PDF]. 2008, n°1001. Pages 26-27. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.proxy.scd.u-psud.fr/showarticlefile/183614/index.pdf>
- ❖ MIRA, Laurette. La toilette mixte. *Soins aides soignantes*. [Format PDF]. Avril 2018, n°81. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.proxy.scd.u-psud.fr/showarticlefile/1203559/main.pdf>
- ❖ RIOUFOL, Marie-Odile. Physiologie de la douleur. *Soins Aides-soignantes*. [Format PDF]. 2008, volume 5, n°20. Pages 14-15. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.proxy.scd.u-psud.fr/showarticlefile/158508/index.pdf>
- ❖ THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir. *Soins* [Format PDF]. 2011, n°754. Pages 35-37. Disponible sur : <https://www-em-premium-com.proxy.scd.u-psud.fr/showarticlefile/285926/index.pdf>

Ouvrage :

- ❖ AVET, F ; LACOMBE, F et al. *Douleur compétences et rôle infirmiers*. 1^{er} édition. Paris : Edition MED-LINE. 2006. 203 pages.

- ❖ DELAMARE, J; GARNIER, M et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 30^{ème} édition. Paris : Maloine. 2009. 1054 pages.
- ❖ HAZEN, Constance. *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie*. 2^{ème} édition. France : Elsevier Masson. 2013. 124 pages.
- ❖ PETIT, Robert. *Le petit robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. France : Le Robert. 2011. 2835 pages.
- ❖ MICHAUX, Lise. *Les mots du prendre soin. Définition, points de veille et questions de réflexion*. France : Seli Arslan. Avril 2017. 183 pages.
- ❖ MONCET, M ; HERNANDEZ, A et al. *Soins de confort et de bien être, soins relationnels, soins palliatif et de fin de vie*. Paris : Vuibert. Aout 2016. 200 pages.
- ❖ PAILLARD, Christine. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmière*. 3^{ème} édition. France : Setes. 2016. 565 Pages.
- ❖ PAUCHET-TRAVERSAT, A ; GABA-LEROY, C et al. *Soins infirmiers : Fiches techniques*. 6^{ème} édition. Paris : Maloine. 2012. 907 pages.
- ❖ PITARD, L ; PERUZZA, E ; et al. *Cahier des sciences infirmières. Soins de confort et de bien-être – Soins relationnels – Soins palliatifs et de fin de vie*. 1^{ère} édition. France : Masson. 2010. 245 pages.
- ❖ Société Française d'étude et de traitement de la douleur. *Livre blanc de douleur 2017, État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen* [En ligne]. France : Edition MED-LINE. 2017. [Consulté le 22 Avril 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Livres/livre_blanc-2017-10-24.pdf
- ❖ WANQUET-THIBAUT, Pascale. *Douleurs liées aux soins*. 1^{er} édition. Paris : Edition Lamarre. 2015. 165 pages.
- ❖ WROBEL, Jacques. *Les douleurs induites*. 1^{er} édition. Reuil-Malmaison : Institut UPSA de la douleur. 2005. 192 pages.

Recommandations :

- ❖ Haute autorité de la santé. *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient* [En ligne]. Paris. Décembre 2008. [Consulté le 22 Avril 2019]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf

- ❖ Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Le programme de lutte contre la douleur 2002- 2005* [En ligne]. France. 2002. [Consulté le 26 Mars 2019]. Disponible à l'adresse : http://www.cnrd.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf

Ressources électroniques et multimédia :

- ❖ *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. [En ligne] [Consulté le 24/04/2019]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/soin>
- ❖ *Dictionnaire Français Larousse*. [En ligne] [Consulté le 24/04/2019]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
- ❖ *Ministère des solidarités et de la santé* [En ligne] [consulté le 25/03/2019]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- ❖ Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Programme de lutte contre la douleur 2002- 2005*. [En ligne]. France. [Consulté le 26/03/2019]. Disponible à l'adresse : https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- ❖ Société Française d'étude et de traitement de la douleur. *La douleur chronique*. [En ligne]. 2016. Disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-chronique>

Texte législatif :

- ❖ Décret du 29 Juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession. n°183 du code de la santé publique, 8 Aout 2004. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

ANNEXES

Annexe I : Les outils d'évaluation de la douleur

1. L'échelle visuelle analogique :

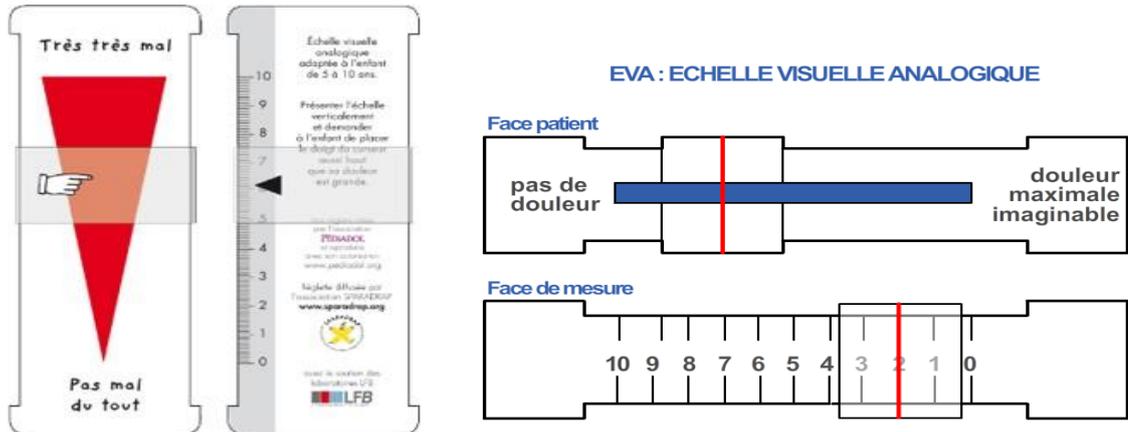


Image disponible sur : <https://www.sparadrap.org/boutique/produit/reglette-eva-dautoevaluation-de-la-douleur> et <http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2015-11-01/echelles-d-evaluation-de-la-douleur>

2. La grille DAN

ECHELLE DAN : Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né
 élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10

JOUR, HEURE	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
REPONSES FACIALES			
0 : calme 1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux : 2 : - légers, intermittents avec retour au calme 3 : - modérés 4 : - très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait : 1 : - légers, intermittents avec retour au calme 2 : -modérés 3 : - très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : absence de plainte 1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : mimique de cris intermittents 3 : cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : mimique de cris constants			

CARBAJAL R., PAUPE A., HOENN E., LENCLEN R., OLIVIER MARTIN M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Arch Pediatr* 1997, 4 : 623-628.

Image disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/enfant/notice_echelle_dan.pdf

3. La grille EDIN

Visage	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils /lèvres pincées /plissement du menton/ tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou violacé
Corps	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé
Sommeil	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil
Relation	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible. Hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation
Réconfort	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Succion désespérée
Score Total	

Image disponible sur : https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/enfant/notice_echelle_dan.pdf

4. La grille EVENDOL

Nom	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent	Antalgique		Evaluations suivantes						
					Evaluation à l'arrivée		Evaluations après antalgique ³						
					au repos ¹ ou calme (R)	à l'examen ² ou la mobilisation (M)	R	M	R	M	R	M	
Expression vocale ou verbale													
pleure <i>et/ou</i> crie <i>et/ou</i> gémit <i>et/ou</i> dit qu'il a mal	0	1	2	3									
Mimique													
a le front plissé <i>et/ou</i> les sourcils froncés <i>et/ou</i> la bouche crispée	0	1	2	3									
Mouvements													
s'agite <i>et/ou</i> se raidit <i>et/ou</i> se crispe	0	1	2	3									
Positions													
a une attitude inhabituelle <i>et/ou</i> antalgique <i>et/ou</i> se protège <i>et/ou</i> reste immobile	0	1	2	3									
Relation avec l'environnement													
peut être consolé <i>et/ou</i> s'intéresse aux jeux <i>et/ou</i> communique avec l'entourage	normale 0	diminuée 1	très diminuée 2	absente 3									
Remarques	Score total /15												
	Date et heure												
	Initiales évaluateur												

Image disponible sur : <https://pediadol.org/wp-content/uploads/2006/06/evendol.png>

5. La grille ECPA

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE
Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE - REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE AU REPOS (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile, comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenneur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobile contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* au même endroit (pour) antérieurement** ou position
** les deux aspects correspondants à des patients ne peuvent être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression...

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* au même état (pour) antérieurement

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Anxiété du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet résiste de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES D'OULEUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement, de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment, de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Âge : _____
 Date : _____ Service : _____
 Heure : _____ Nom du Cotuteur : _____

SCORE

Image disponible sur : <http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation>

6. La grille Doloplus :

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE
Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____ Prénom : _____ Service : _____

DATES : _____

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

RETENTISSEMENT SOMATIQUE

1. PLAINTES SOMATIQUES

pas de plainte	0	0	0	0
plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
plaintes spontanées continues	3	3	3	3

2. POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS

pas de position antalgique	0	0	0	0
le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3

3. PROTECTION DE ZONES DOULOUREUSES

pas de protection	0	0	0	0
protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3

4. MIMIQUE

mimique habituelle	0	0	0	0
mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
mimique semblant exprimer la douleur	2	2	2	2
en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3

5. SORPHEIL

sommeil habituel	0	0	0	0
difficultés d'endormissement	1	1	1	1
réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
insomnie avec réveillonnements sur les phases d'éveil	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

6. TOILETTE ET/OU HABILLAGE

possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
possibilités habituelles peu diminuées	1	1	1	1
possibilités habituelles très diminuées, toilette	2	2	2	2
toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	3	3	3	3

7. MOUVEMENTS

possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3

RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

8. COMMUNICATION

inchangée	0	0	0	0
intéressée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
absence ou refus de toute communication	3	3	3	3

9. VIE SOCIALE

participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques...)	0	0	0	0
participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
refus de toute vie sociale	3	3	3	3

10. TROUBLES DU COMPORTEMENT

comportement habituel	0	0	0	0
troubles du comportement à la sollicitation et isolés	1	1	1	1
troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

Image disponible sur : <https://againstpain.org/images/materielcampagne/3.2.1-Echelle-Doloplus-Dr-Escourolle.pdf>

7. La grille Algoplus :



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la **douleur aiguë** chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Heureh.....	h.....	h.....	h.....	h.....	h.....	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes												
« Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5		■ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <small>Paraphe</small>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <small>Paraphe</small>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <small>Paraphe</small>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <small>Paraphe</small>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <small>Paraphe</small>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre <small>Paraphe</small>						

COPYRIGHT

Image disponible sur : <http://www.sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation>

Annexe II : Le guide d'entretien

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études qui porte sur **la douleur induite**. Je me permets de venir à votre rencontre afin de mener un entretien exploratoire. En effet, celui-ci a pour but de m'aider à explorer ma question de départ d'un point de vue concret.

Avec votre accord, cet entretien sera enregistré.

Thème	Objectifs	Questions	Questions de relance
Les compétences et valeurs infirmières	<ul style="list-style-type: none"> -Établir un premier contact avec la personne interviewée -Déterminer l'impact du cursus de l'IDE et de son expérience lors de la prise en charge d'un patient douloureux 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'infirmier ? 2. Quel est votre parcours professionnel en tant qu'IDE ? 3. Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ? 	
Les compétences et valeurs infirmières/ Les soins d'hygiène et de confort	<ul style="list-style-type: none"> -Explorer le raisonnement de l'IDE en amont d'une prise de décision -Identifier les éléments dont l'IDE se sert pour définir un soin de qualité 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pour vous, comment se construit une prise de décision IDE ? 5. Sur quoi vous appuyez-vous pour déterminer qu'un soin est réalisé avec qualité ? 	Quel cheminement mettez-vous en place avant de prendre une décision ? Quels éléments vous permettent de dire qu'un soin est réalisé avec qualité ?

La douleur chronique	<p>-Identifier les représentations que se fait l'IDE d'un patient douloureux chronique</p> <p>-Identifier les modalités de prise en charge de l'IDE face à un patient douloureux chronique</p>	<p>6. Quelle image avez-vous des patients douloureux chroniques ?</p> <p>7. Comment prenez-vous en charge un patient douloureux chronique ?</p> <p>8. Quelles précautions particulières mettez-vous en place avec ces patients ?</p>	Que représente pour vous la douleur chronique ?
La douleur liée aux soins	<p>-Déterminer les représentations de l'IDE face à la douleur induite</p>	<p>9. Pour vous, qu'est-ce que la douleur induite ?</p> <p>10. Pour vous, quels sont les soins qui sont susceptibles d'induire de la douleur ?</p>	
Les soins d'hygiène et de confort	<p>-Identifier l'image que l'IDE se fait des soins d'hygiène et de confort</p>	<p>11. Pour vous, qu'est-ce qu'un soin d'hygiène et de confort ?</p> <p>12. Pour vous, quel patient rencontre, au cours de son hospitalisation, des soins d'hygiène et de confort ?</p>	- Pouvez-vous me donner des exemples de soins d'hygiène et de confort ?
Les compétences et valeurs infirmières	<p>Explorer ce qui est mis en place par l'IDE pour prendre en charge les douleurs induites chez le patient algique chronique</p>	<p>13. Comment gérez-vous, les douleurs que vous allez induire, chez un patient déjà algique ?</p>	

<p>Douleur induite (Pour aller plus loin : Ressentie du soignant et du soignée)</p>	<p>-Identifier l'impact de la douleur induite dans la prise en soin d'un patient</p>	<p>14. Qu'est ce qui se passe pour vous, lorsque vous induisez une douleur à un patient ?</p> <p>15. Chez le patient, quel changement de comportement avez-vous déjà pu constater après la réalisation d'un soin induisant de la douleur ?</p>	<p>Quel sentiment avez-vous après avoir réalisé un soin douloureux ?</p>
---	---	--	--

Annexe III : Le verbatim

Entretien N°1

Durée : 10min 30 secondes.

M= Marine DI DIO

IDE 1= Margaux, IDE en médecine interne dans un hôpital privée

M : C'est parti. Du coup depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme d'état infirmier ?

IDE 1 : Depuis décembre 2011.

M : Ok euh quel est votre parcours professionnel en tant qu'infirmière ?

IDE 1 : En tant qu'infirmière, une fois que j'ai été diplômée je suis venue directement sur dans cet hôpital En effet, cet hôpital m'a payé ma formation donc j'ai été postée sur la pneumologie.

M : La pneumologie ?

IDE 1 : Oui.

M : Ok et ensuite ?

IDE 1 : Après pneumo je suis venue ici depuis février en fait c'est tout récent.

M : Depuis février ?

IDE 1 : Oui, je suis en médecine interne.

M : Ok et du coup depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?

IDE 1 : Dans le service ? Bah début février.

M : Ok ça marche. Pour vous comment se construit une prise de décision infirmière ?

IDE 1 : Une prise de décision infirmière ? Est ce que tu peux plus détailler ou pas ?

M : Oui je peux en faire une question de relance. Quel cheminement mettez-vous en place avant de prendre une décision ?

IDE 1 : Euh tout dépend de ce qu'on aura observé du patient. Je ne sais pas si c'est ça que tu attends comme réponse ?

M : Je n'attends pas de réponse idéale.

IDE 1 : Avant de faire quelque chose. Après ça dépend si ça reste dans notre contexte de soins infirmiers euh on peut prendre des initiatives.

M : C'est vraiment sur la prise de décision infirmière, donc axé sur son rôle propre.

IDE 1 : Y'a des décisions qu'on peut prendre soi-même mais j'irai voir le médecin. Type sur la douleur par exemple si euh, s'il a mal, s'il a mal lors d'un soin, je vais aller voir le médecin en lui disant bah tel pansement a été douloureux euh est ce que je peux anticiper la prochaine fois que je fais le pansement avec tel truc, tel truc c'est lui qui me donne son aval, c'est lui qui me prescrit en fonction de.

M : D'accord ok. Et euh sur quoi vous appuyez-vous pour déterminer qu'un soin est réalisé avec qualité ?

IDE 1 : Sur euuh... Par rapport au patient, son faciès, ce que lui il a ressenti, ses dires. Euh voilà. Ce que moi j'ai pu observer lors du soin. Je me base surtout sur le physique du patient.

M : D'accord ok. C'est plutôt sur le faciès, mais voilà pour vous un soin de qualité c'est quelque chose où il n'y a pas eu de douleur c'est ça ?

IDE 1 : Ah bah normalement ... Oui oui.

M : Ok ça marche.

IDE 1 : Après s'il y a douleur c'est à nous de réajuster. En allant voir ou le médecin ou par des moyens que nous même on peut mettre en place.

M : D'accord ok très bien. Autrement, quelle image avez-vous des patients douloureux chroniques ?

IDE 1 : Quelle image ? (sourire) euuh c'est des gens qui sont tout le temps douloureux.

M : Hum hum.

IDE 1 : C'est ça que t'attends ?

M : Que représente pour vous ? Quelle image avez-vous du patient douloureux chronique ?

IDE 1 : Bah des gens qui pleurent, qui grimacent, qui gémissent. C'est ce qui nous fait voir que c'est un soin qui engendre la douleur et après c'est en fonction des pathologies qu'ils ont eux. Par exemple s'il y a des pansements, je parle plus particulièrement plus de ce service actuel ; s'il y a des pansements euuh à nous d'observer euh quand on les fait ce que le patient ressent, on peut le voir au faciès.

M : Hum d'accord ok. Du coup pour vous un patient douloureux chronique c'est surtout quelqu'un qui l'exprime au faciès c'est ça ?

IDE 1 : Y'a des gens où la douleur ils arrivent à la supporter beaucoup plus facilement que d'autres. La douleur elle est différente selon les gens.

M : Hum hum.

IDE 1 : Donc après...

M : Donc pour vous quand vous vous représentez le patient douloureux chronique c'est quelqu'un qui exprime enfin on voit sa douleur on voit qu'il a mal ou pas ?

IDE 1 : Ou pas ça dépend. Y'en a qui arrivent à bien prendre sur soi et qui te disent qu'ils ont mal mais sans grimace et y'en a d'autres qui vont l'extérioriser physiquement. Après moi de ce que j'ai observé ce n'est pas parce qu'ils sont plus âgés qu'ils sont plus douloureux. Parce que tu peux avoir une pathologie chronique chez quelqu'un de jeune et il peut être aussi douloureux qu'une personne âgée qui a la même pathologie par exemple.

M : Ok je comprends. Et comment prenez-vous en charge un patient douloureux chronique ?

IDE 1 : Bah déjà je lui demande souvent son EVA, et après on réajuste le traitement en fonction du stade de douleur quoi. Si c'est une petite douleur on part avec du paracetamol et puis on tape plus haut si la douleur est pas soulagée.

M : Ok, et euh quelles précautions particulières mettez-vous en place avec ces patients s'il y en a ? Quelles précautions vous mettez en plus que ces traitements ?

IDE 1 : Bah on évalue la douleur régulièrement... Plusieurs fois par jour... Même après avoir donné le traitement antalgique, pour voir justement si le traitement est adapté. Si la personne elle a encore mal après lui avoir donné le traitement c'est qu'il n'est pas assez fort ou ce n'est pas adapté donc il faut changer.

M : OK... D'accord. Donc votre prise en charge à vous, chez le patient douloureux chronique, c'est vraiment axé sur évaluation de la douleur ?

IDE 1 : Oui

M : OK. Pour vous qu'est ce que la douleur induite

IDE 1 : La douleur induite, c'est une douleur qui apparaît lorsqu'on fait un soin chez une personne

M : Ok et pour vous quels sont les soins qui sont susceptibles d'induire de la douleur ?

IDE 1 : Tout ce qui est soin... C'est marrant c'est la même question que j'avais... Tout ce qui est soins invasifs et ça peut être aussi des soins non invasifs. Pour les soins invasifs c'est par exemple, les prises de sang, la pose de sonde urinaire et non invasifs tels que les toilettes, des réfections de pansements tout simples, ça peut aussi engendrer de la douleur.

M : Ok. Pour vous qu'est ce qu'un soin d'hygiène et de confort ?

IDE 1 : Alors d'hygiène c'est tout ce qui touche à la toilette et le confort je dirais que c'est plus le temps passé auprès du patient, mais aussi être à son écoute, réaliser des papouilles enfin des massages, les effleurages etc.

M : Ok.... Euh pour vous, quel patient rencontre au cours de son hospitalisation des soins d'hygiène et de confort ?

IDE 1 : Toute personne en perte d'autonomie, qui n'est pas capable de faire toilette toute seule par exemple. Pour le confort c'est tout ce qui est patient grabataire auquel il faut anticiper l'arrivée des escarres... Pour son confort.

M : D'accord ok. Comment gérez-vous les douleurs que vous allez induire chez un patient déjà algique ?

IDE 1 : Alors comme je te l'ai dit tout à l'heure, je vais d'abord anticiper en donnant un antalgique... S'il est prescrit bien sûr et si ce n'est pas prescrit et ben je vais faire le soin et si

je me rends compte qu'il est douloureux bah je vais faire le nécessaire auprès du médecin pour pouvoir anticiper sur le prochain soin.

M : Sur le prochain soin ?

IDE 1 : Bah ouais parce que sur le soin même... Ca dépend... Y'a des choses qu'on pourra peut-être faire comme je te disais, dans l'immédiat... Mais après si c'est une prescription médicale il faut que j'attende le médecin.

M : D'accord.

IDE 1 : Ou sinon j'arrête le soin tout dépend le soin. Si c'est un pansement qui dure une heure et demi je ne vais pas continuer à faire mon pansement au bout d'une heure et demie... Mais la je pensais à une toilette tu vois par exemple... Une toilette c'est court... Si le patient est douloureux je ne vais pas arrêter ma toilette...

Après ça dépend si il hurle de douleur et qu'il pleure, c'est sûr je vais l'arrêter et je vais dire au médecin prescri-moi quelque chose. Sauf qu'il va peut-être me prescrire mais ce sera un traitement pour le lendemain parce que sur le coup je serai sur le soin.

Si ce n'est pas pour le lendemain mais à prise immédiate, ça veut dire qu'il faut que j'arrête mon soin, que je lui donne le traitement.

Donc ça veut dire qu'il faut que je stoppe tout et que j'attende que le médicament agisse et que je revienne dans la chambre... Des fois ce n'est pas gérable au niveau de l'organisation... Donc on fait quand même le soin.

Par contre si nous n'arrivons pas à avoir de prescription médicale de la part du médecin, dans notre établissement on a une équipe douleur, du coup on peut les appeler et eux après ils évaluent le patient et adaptent les antalgiques à ce qu'ils constatent.

M : Ok ça marche. Du coup, qu'est ce qui se passe pour vous lorsque vous induisez une douleur à un patient ?

IDE 1 : Euuuh qu'est ce qui se passe ? Ah bah moi je ne suis pas bien moi, je sais que je n'aime pas voir les gens souffrir quoi, je me dis qu'ils ne doivent pas souffrir. On dit qu'à l'hôpital on ne souffre pas normalement voilà.

M : Ok.

IDE 1 : Après ce n'est pas tout le temps le cas mais normalement on ne devrait pas souffrir. Aujourd'hui en 2019 que je te parle, il y a tellement de traitements antalgiques qui existent, des moyens qui font qu'on ne devrait pas souffrir.

M : D'accord ok, donc du coup, quand vous engendrez des douleurs, vous ne sentez pas forcément bien ? C'est ça ?

IDE 1 : Ah oui moi je me sens pas bien, quand je vois quelqu'un qui est douloureux je me sens pas forcément bien dans mes baskets, je n'aime pas faire les soins dans la douleur ce n'est pas agréable ni pour lui ni pour nous.

M : Ok très bien. Et chez le patient quel changement de comportement avez-vous déjà pu constater après la réalisation d'un soin en induisant de la douleur ?

IDE 1 : Induisant de la douleur ?

M : Oui lorsqu'il a mal...

IDE 1 : Oui... Très souvent c'est de l'agressivité qui arrive direct.

M : De l'agressivité ?

IDE 1 : Ah oui... C'est après le soin « laissez-moi tranquille », lorsqu'on leur propose d'aller au fauteuil c'est « non j'ai pas envie »... C'est beaucoup d'agressivité. Après ça peut être baaah, des pleurs si douleur elle est là et qu'elle se calme pas... Voilà.

M : Ok donc tristesse et agressivité surtout ?

IDE 1 : Oui mais dans un premier temps je dirais quand même agressivité c'est des choses qu'on retrouve souvent...On va rentrer dans la chambre on va les agacer tout de suite. Ils vont nous voir et ce dire « Toi tu m'as fait mal»... Enfin voilà ça m'ai déjà arrivé parfois de rencontrer cette situation.

M : D'accord ok. Ok très bien. Bah merci

IDE 1 : De rien c'est avec plaisir !

Entretien n°2 :

Durée : 23 minutes.

M = Marine DI DIO

IDE 2 = Lisa, IDE d'oncologie dans un hôpital public

M : Donc depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme d'État infirmier ?

IDE 2 : Alors ça fait 4 ans. J'ai bossé pendant 1 an et demi en médecine générale enfin médecine interne. Là ça fait 2 ans, un petit peu plus de 2 ans que je suis ici.

M : Ok très bien. Quel est votre parcours professionnel en tant qu'IDE ?

IDE 2 : Comme dit tout à l'heure j'ai bossé 1 an et demi en médecine interne avant d'être ici.

M : Ok parfait. Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

IDE 2 : Deux ans et demi ouais ça va faire deux ans et demi.

M : Ok. Alors vous comment se construit une prise de décision infirmière ?

IDE 2 : Une prise de décision euh dans une ... c'est à dire ? C'est large comme question

M : Oui oui, c'est fait exprès (sourire)... Quel cheminement mettez-vous en place avant de prendre une décision infirmière ?

IDE 2 : Ah bah, je pense que ça suit vraiment en fonction du patient. Euuuh y'a pas mal de facteurs qui rentrent en compte. Euuuh le patient comment lui se sent... Il ne faut pas que je reste ciblée sur la douleur là ? On parle d'une prise en charge générale c'est ça ?

M : Oui, prise en charge générale

IDE 2 : Bah la décision va être faite en fonction de comment le patient vit la situation, comment le vit son entourage également, les besoins du patient, les possibilités et les ressources que nous on a dans le service, en fonction aussi des limites de chacun... Ce qu'il est possible pour nous, enfin ce qu'on pense pouvoir être réalisable ou pas, faisable dans le service. Euuuh voilà je ne sais pas si c'est ce que tu attends comme réponse...

M : Bah je n'attends pas forcément une réponse particulière...

IDE 2 : Une prise de décision se fait voilà en fonction de, je pense, plusieurs personnes... Le patient, son entourage aussi, parce que nous, encore plus en oncologie, on a beaucoup la famille qui est très présente dans la prise en charge. Après y'a des décisions qui se prennent en équipe aussi on se concerta pour certaines choses, après pour les décisions de plus petite échelle on décide nous même. Voilà.

M : Très bien.

IDE 2 : Enfin on décide nous même mais avec l'accord du médecin bien évidemment.

M : Oui ok... Sur quoi vous appuyez-vous pour déterminer qu'un soin est réalisé avec qualité ?

IDE 2 : Sur quoi on s'appuie... Et ben je pense que c'est le ressenti du patient. La réussite du soin déjà en elle-même car bon ça reste quand même le plus important car si l'acte est réussi c'est quand même mieux.

Si le soin est de qualité bon baaaaah, oui la réussite du soin mais aussi le confort du patient, si le soin n'était pas douloureux euh voilà s'il s'est senti... Je ne sais pas si au niveau des douleurs, s'il était confortable pendant tout au long du soin. Euuuh (sourire) voilà je ne sais pas trop.... J'ai l'impression d'avoir oublié de te dire quelques choses mais je ne sais pas trop...

M : Je n'ai vraiment pas d'attente particulière... Après si vous le souhaitez, pour que ce soit plus clair, je peux formuler la question autrement.

IDE 2 : Oui.

M : Quel élément vous permet de dire qu'un soin est réalisé avec qualité ?

IDE 2 : Bah pour moi c'est vraiment par rapport à ce que me renvoie le patient. Quand j'ai la sensation d'avoir fait quelque chose enfin un soin de qualité, je pense que c'est vraiment ce que va me renvoyer le patient, lorsqu'il me dit «bah voilà ça s'est bien passé», «j'ai eu moins mal que la dernière fois» ou voilà «on a pris plus le temps, j'étais mieux installé». C'est vraiment plus le patient qui va faire que je vais avoir la sensation que le soin est réussi.

M : Ok ça marche. Alors quelle image avez-vous des patients douloureux chroniques ?

IDE 2 : Quelle représentation on s'en fait ?

M : Oui, quelle représentation, quelle image ?

IDE 2 : Euuuuuh c'est dur comme question (sourire). Quelle représentation ? Bah que c'est des patients qui sont jamais vraiment soulagés. Je pense qu'il faut vraiment essayer d'être au maximum empathique avec ces patients. Faut faire preuve de patience et d'empathie énormément je pense parce que leurs douleurs peuvent varier d'intensité déjà et ce n'est pas évident de soigner quelqu'un qui a constamment mal. Voilà qu'il soit au maximum confortable ce n'est pas évident donc les représentations qu'on s'en fait, je ne sais pas... Disons que ce sont des patients un peu plus difficile à prendre en charge parce-que ils sont toujours douloureux et ça complexifie un peu la prise en charge, parce que si on a tel soin à faire il faut absolument prendre en charge le fait que c'est un patient douloureux de manière chronique donc c'est une donnée très importante. Cette donnée est à prendre en compte, je pense, pour toute prise en charge, tout soin, tout accompagnement, tout au long de sa pathologie, peu importe laquelle d'ailleurs

M : Ok. Alors comment prenez-vous en charge un patient douloureux chronique ?

IDE 2 : Euuuh (sourire) comment on le prend en charge ? Et bien euh, bah déjà y'a des évaluations de la douleur qui se font assez fréquemment en service d'hospitalisation. A chaque fois qu'on passe dans les chambres on évalue la douleur, on essaie de soulager au mieux. Euuuh, On adapte du coup nos antalgiques et en fonction du patient parce qu'un patient qui est douloureux chronique peut avoir des douleurs qui vont être soulagées sur une période bien définie puis à un moment donné les douleurs vont se relancer ou être différentes, ou il va moins bien les supporter et du coup son corps va résister au traitement qu'on lui donne, du coup il fait réadapter les traitements antalgiques... Voilà.

Euh après je pense que c'est des patients avec lesquels il faut être relativement patient parce qu'eux-mêmes connaissent bien mieux leur corps que nous et voilà ils ont, je pense, vraiment besoin qu'on soit à l'écoute et encore une fois qu'on fasse preuve d'empathie pour essayer de comprendre leur douleur, leur inconfort et essayer de les soulager au mieux que ce soit par des médicaments, ou par le fait de les réinstaller, une position qui va être plus antalgique pour eux, voilà....

Les laisser beaucoup faire, parce que souvent c'est des patients qui se connaissent bien et qui savent que bah attendez dans telle position c'est mieux, par exemple ils nous disent parfois « Bah attendez je vais me tourner moi-même parce que quand je le fais moi-même j'ai moins mal » ou je ne sais pas euhh... certains patients nous disent « Je vais m'installer plutôt de telle manière parce que de telle manière je suis moins douloureux » euh voilà...

Souvent il y a des patients, parfois, qui dorment au fauteuil parce qu'ils sont très douloureux et très algiques allongés. Enfin voilà je pense qu'il faut aussi les laisser faire un minimum, ou écouter leur ressenti et les laisser un peu s'installer enfin faire comme ils ont l'habitude de faire parce que c'est eux qui vivent avec, donc ils sont les mieux placés pour savoir... Euuuh je pense que c'est à peu près tout.

M : Ok parfait. Quelles précautions particulières mettez-vous en place avec ces patients ?

IDE 2 : Précautions particulières... Baaaah on va essayer de prendre un peu plus le temps... Euh j'ai l'impression que je redis un peu tout le temps la même chose (sourire). Ouais essayer de prendre un peu plus le temps avec ce genre de patient pour éviter de relancer les douleurs. Mais euuh des précautions... Des précautions qu'on fait dans le service par exemple ?

M : Oui ça peut-être ça.

IDE 2 : Bah ici en oncologie qui dit cancer, dit souvent douleur chronique parce que le cancer fait mal même si c'est une partie à laquelle on peut ne pas penser. C'est vrai que les douleurs sont très souvent associées à l'évolution du cancer. On réévalue sans cesse les douleurs, on change souvent nous les traitements, on reste beaucoup dans les thérapeutiques, on utilise beaucoup des PCA pour que le patient se soulage lui-même au mieux et pour que nous on puisse aussi par derrière avoir un bon dosage des antalgiques.

M : Ok....

IDE 2 : Quelles précautions on peut prendre euh... Après au niveau d'un soin en lui-même par exemple, je pense à une pose de perfusion... Bon bah ça va être prendre plus le temps, bien installer le patient pour qu'il soit le moins algique possible, même pendant un pansement, il faut prendre énormément le temps, je pense, pour éviter de le rendre douloureux c'est mieux.

Après on donne beaucoup des antalgiques en interdose avant les soins aussi, pour essayer que le soin se déroule dans les meilleurs conditions pour eux... Comme pour nous d'ailleurs... Enfin voilà.

M : Hum, Ok ! Ensuite pour vous qu'est-ce que la douleur induite ?

IDE 2 : La douleur induite ? C'est la douleur qui est provoquée par ... Euuuh, alors là c'est une bonne question... C'est une douleur qui est provoquée par un soin qu'on fait ? C'est ça ? Je ne sais pas... c'est dur (sourire). Douleur... Enfin qu'est-ce que vous entendez par douleur induite ? Induite par les soins, normalement c'est comme ça qu'on dit ?

M : Oui, douleur liée aux soins.

IDE 2 : C'est comme ça que je l'entendais... Ok. Pour moi induite bah ça va être induite par un geste médical ou paramédical donc par un soin, par des thérapeutiques par exemple.

Douleur induite ouais bah ça va être le fait de poser une perfusion, le fait de réaliser un pansement, peu importe un soin technique.

Quand on touche aux personnes ou y a quelques choses d'extérieur au patient, comme un soin avec euh ...comment on appelle ça ? Euh... Un soin invasif ?

M : Un soin invasif oui, oui !

IDE 2 : Oui voilà c'est ça induite par une tierce personne

M : Du coup pour vous quels sont les soins qui sont susceptibles d'induire de la douleur ?

IDE 2 : Bah, je pense, un peu près tous les soins infirmiers. Ca va de la glycémie capillaire à euh une prise de sang, un pansement, une perfusion. Euh qu'est-ce que ça peut être... Euh je ne sais pas... Ouais tous les soins infirmiers, les soins médicaux, donc tout ce qui est ponction, que ce soit des ponctions évacuatrices ou exploratrices ainsi que les examens en tout genre. Les examens endoscopiques qui se font du coup en anesthésie locale uniquement. Par exemple nous ici on fait des instillations endo-vésicales pour des chimio et ça reste un soin qui est douloureux.

C'est pas mal de soins au final. Parce qu'en plus la douleur est vraiment subjective. Y'en a qui vont avoir très très mal pour une prise de sang alors que d'autres vont tendre le bras sans souci et à peine réaliser qu'on les a piqués donc je pense que ça dépend, en plus, énormément du patient, de l'état d'esprit dans lequel il se trouve...Voilà donc pas mal de soins au final

M : Hum

IDE 2 : Beaucoup de soins infirmiers, bah dès lors que c'est invasif où on doit toucher à quelque chose d'un peu sensible, il peut y avoir douleur derrière pas forcément mais ça arrive.

M : Hum ok... Et pour vous qu'est-ce qu'un soin d'hygiène et de confort ?

IDE 2 : Un soin d'hygiène et de confort ?

M : Oui.

IDE 2 : Les soins d'hygiène et de confort ! Euh et bien c'est les soins relatifs à l'hygiène donc au quotidien du patient, donc la toilette, les changes de manière générale, l'installation au repas, la réinstallation dans le lit ou dans le fauteuil, l'accompagnement toilette, tous les gestes de la vie quotidienne. Pour le confort comme je l'ai dit tout à l'heure je parlerais de la réinstallation Voilà après si au niveau de l'alimentation le fait d'aider au repas euuuh... Voilà c'est à peu près tout je pense.

M : Ok... Du coup pour vous quels patients rencontrent au cours de son hospitalisation les soins d'hygiène et de confort ?

IDE2 : Euh et bien quasiment tous les patients. Parce que même les patients autonomes en ont besoin. Alors ceux qui sont entièrement autonomes bon un peu moins forcément... Enfin déjà rien que de refaire son lit de nettoyer un peu l'environnement ça fait partie du confort du patient. De lui apporter les repas tout ça, enfin selon moi, je pense, que ça fait partie de son confort. Puis bien sûr il y a ceux qui sont grabataires ou ceux qui ne le sont pas forcément d'ailleurs, parce qu'il y a plusieurs degrés, bah ça va de l'accompagnement aux toilettes à la toilette au lit, puis ceux qu'on doit lever avec le lève-malade, etc... Donc à peu près tous les patients au final... De tout âge et de tout sexe, peuvent avoir besoin de soins d'hygiène et de confort.

M : Ok très bien. Comment gérez-vous les douleurs d'un patient déjà algique ?

IDE 2 : Et bien comme je disais tout à l'heure, on est beaucoup dans les thérapeutiques, donc on va essayer de le soulager en amont avant le soin, on va essayer voilà de prévenir entre guillemets les douleurs. Pour ce faire nous on a beaucoup d'interdoses et des médicaments à libération prolongée.

On donne des interdoses de manière ponctuelle dans la journée donc on va par exemple essayer de le soulager en amont, attendre que le médicament fasse effet puis aller réaliser le soin.

Euuuh, je me répète un peu mais on va faire attention dans l'installation du patient euh... Lors de la réalisation du soin, essayer d'être le plus doux possible, d'expliquer au patient pour que lui se détende un maximum.

On le fait parfois pendant des pansements qui sont très longs comme par exemple quand on a des plaies dûs à des tumeurs qui grattent qui grattent et qui sortent au niveau de la peau, c'est des pansements qui sont très très longs, très douloureux... Donc souvent on explique un petit peu au patient ce qui va se passer et on fait beaucoup de technique de relaxation comme la respiration profonde et le toucher massage.

Puis c'est très rare qu'on soit seul pour de genre de gros soins... Il y a au moins une aide-soignante ou une autre infirmière avec nous pour aider le patient et l'accompagner au mieux dans la réalisation du soin.

Donc voilà puis nous ici on a la chance d'avoir 2 aides-soignants qui font du Reiki, je ne sais pas si tu vois ce que c'est ?

M : Non pas vraiment... (Sourire)

IDE 2 : Alors on y croit, ou on y croit pas, mais c'est des techniques un peu d'hypnose on va dire... Où ils passent par le massage et par la chaleur des mains et ils vont essayer de soulager les douleurs chroniques.

M : Je crois en avoir déjà entendu parler en effet... Je me renseignerai.

IDE 2 : C'est un peu des techniques d'hypnose, donc c'est des formations qui sont payées par l'hôpital, sur la base du volontariat.

M : Ok je comprends.

IDE 2 : En tout cas, tous les patients qui ont une douleur chronique enfin pas tous, mais une grande majorité honnêtement se sentent mieux, se sentent soulagés après leur passage. Bon après ça peut ne pas marcher car la douleur ça peut englober tellement de choses... Avec la douleur morale, enfin la psychosomatique joue énormément...

Mais rien que le fait que l'aide-soignant va prendre le temps de s'intéresser à essayer de le soulager et de l'accompagner... Parfois il suffit juste de ça pour soulager le patient... Donc voilà...

M : Ok, c'est donc de cette manière que vous gérez la douleur que vous allez induire à un patient déjà algique !

IDE 2 : Oui tout à fait, je me répète mais on va vraiment être beaucoup dans l'explication, parce que nous en oncologie, les patients sont quand même pour la plupart, très très acteurs d'eux, même dans leur parcours de soins, ils sont très actifs enfin ils sont au courant de plein de choses et souvent ils aiment bien savoir ce qu'on va leur faire ça les rassure.

Du coup on va énormément passer par la communication, nous on va prendre le temps... Puis voilà il y a aussi l'idée de les soulager par les thérapeutiques. Après, si je n'arrive pas à réaliser un soin et si je vois que c'est trop compliqué trop douloureux pour le patient et ben j'arrête Je passe le relais ou j'essaie plus tard mais je ne m'acharne pas !

Ici encore une fois, dans notre service, comme on a beaucoup de patients chroniques et qui ont des soins assez difficiles à supporter, on essaye de marcher plus sur la durée plutôt que de vouloir tout faire tout de suite comme dans un service de médecine ou les urgences.

Plutôt que d'être axés sur l'acte en lui-même et se dire « il faut le faire »... Par exemple, je ne sais pas, je dis n'importe quoi, mais imaginons, y'a une collection et quelqu'un nous dit «il faut tout drainer aujourd'hui»... Et bien non chez nous ça ne se passera pas comme ça ! Non, nous on va plutôt faire quelque chose de curatif pour la plaie oui, mais si on voit que c'est vraiment trop insupportable soit on arrête et on recommence plus tard dans la journée... Ou on recommence le lendemain, enfin voilà on s'adapte au patient...

M : Ok parfait. Alors qu'est ce qui se passe pour vous lorsque vous induisez une douleur à un patient ?

IDE 2 : Bah ça nous embête toujours... Après nous en tant que soignant, on a toujours tendance à minimiser...Puis le jour où on a un soin à faire sur nous-mêmes on se dit « c'est horrible ce qu'ils vivent les patients tout au long de leur journée, de leur semaine quand ils sont hospitalisés...». Mais je pense que le fait de minimiser ça nous protège un petit peu...

On se dit « ce n'est pas grand-chose »... Après ça nous embête toujours forcément... On essaie de ne pas faire mal au patient, c'est sûr ! Mais parfois c'est un peu difficile à vivre... Après quand je fais mal à un patient je m'excuse.

M : Très bien et du coup, chez le patient qu'est ce vous avez pu constater comme changement de comportement après un soin en induisant de la douleur ?

IDE 2 : Parfois ils peuvent tomber sur une infirmière qui n'est pas forcément dans son assiette donc elle va rater le soin ou ne pas le réussir à le faire ou bien faire plus mal qu'untel la fois précédente. Du coup ils vont peut-être associer cette personne à la douleur. Parfois, ça arrive, qu'ils disent « oh ça peut pas être votre collègue plutôt ? » et nous répondons que « Si, si bien sûr c'est faisable » et surtout nous on se braque pas pour ça. Pour nous y'a pas de souci si ça peut être réalisé dans de meilleures conditions pour eux tant mieux !

J'ai d'autres exemples comme les instillations médicales par exemple, c'est un acte qui peut être très douloureux. Les patients quand ils arrivent et qu'on leur prend la tension ils ont tous aux alentours de 18, 19 parfois même plus ! Je pense qu'ils sont ultra stressés... Et puis une fois que le soin est réalisé ils se détendent et la tension descend.

Donc je pense vraiment ça peut engendrer un stress, un stress important pour les patients... Euh du coup, ça peut leur faire monter la tension... C'est vrai je pense que le système nerveux est complètement sous tension donc ça peut engendrer d'autres problèmes somatiques à côté...

Après les réactions de certains patients, y'en a qui peuvent s'énerver. La plupart ne disent pas grand-chose mais ça n'empêche qu'ils pensent quand même des choses et qui vont se dire « oh lala elle, elle s'acharne de trop, elle me fait trop mal, elle ne prend pas assez le temps ».

Voilà ... Les réactions des patients peuvent être différentes. Y'en a qui pleurent pendant des soins.

Par exemple, on a une dame qu'on suit pour un cancer du sein qui a un sein complètement « bouffé » par la tumeur, excuse moi du terme... Et c'est très très très très très douloureux pour elle encore plus parce que y'a une connotation un peu particulière donc c'est très compliqué... En plus c'est des soins qui durent une heure et demie. Le pansement parfois encore plus longtemps, car on s'arrête, on fait des pauses, parce que la patiente elle se met à pleurer... Surement parce que ça l'inquiète et puis que c'est super douloureux quoi....

Enfin voila... On a toutes sortes de réactions de la part des patients

M : Ok.

IDE 2 : De la tristesse à la colère... Voilà ça peut être différent selon chacun.

M : Ok très bien, merci beaucoup.

IDE 2 : De rien, je t'en prie.

Annexe IV : La grille de lecture

Questions	Entretien n°1 : IDE Margaux (IDE 1)	Entretien n°2 : IDE Lisa (IDE 2)	Lien avec le cadre conceptuel	Lien avec la Q de D : Sur quoi l'infirmier s'appuie-t-il pour décider de réaliser, chez un patient douloureux chronique, un soin d'hygiène et de confort induisant une douleur additionnelle à la sienne?	Biais	Questionnement/ Interprétation suscitée	Recherche complémentaire nécessaire
Thème : Les compétences et valeurs infirmières							
Q.1 Depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme ?	Depuis Décembre 2011 (8 ans)	Depuis 4 ans	Partie sur les compétences : <i>« Être compétent, c'est posséder un potentiel d'actions [...] la compétence du professionnel est fonction de son réseau, elle se construit en se confrontant avec d'autres savoirs. »</i> <i>« La compétence se</i>	Nous recherchons à déterminer si le cursus des IDE et leur expérience peuvent jouer un rôle dans la prise de décision.	Les 2 infirmières ont +/- le même nombre d'année d'expérience et un parcours quasi similaire	Selon nos recherches, pour être un infirmier compétent, il est nécessaire d'avoir un potentiel d'action qui se crée avec l'expérience au sein du service. Or, Margaux et Lisa travaillent au sein de leur service depuis	
Q.2 Quel est votre parcours professionnel en tant qu'IDE	7 ans en pneumologie avant de venir en médecine interne	1 an et demi en médecine interne avant de venir en oncologie					
Q.3 Depuis combien de	Février (2 mois)	Un peu plus de 2 ans					

temps exercer vous dans ce service			<i>développe au gré de situations de plus en plus complexes »</i>			peu de temps. De ce fait, nous supposons qu'elles ont un grand nombre de capacité mais nous ne savons pas s'il est possible de parler de compétence.	
------------------------------------	--	--	---	--	--	--	--

Thème : Les compétences et valeurs infirmières/ Les soins d'hygiène et de confort

Q.4 Pour vous, comment ce construit une prise de décision IDE ?	<ul style="list-style-type: none"> - Observation - Avis médical - Prise d'initiative : « Si un patient à mal j'irai voir le médecin en lui disant que le patient a été douloureux et que je veux anticiper la douleur pour la prochaine fois » 	<ul style="list-style-type: none"> -En fonction du patient : Comment il se sent, comment il vit la situation, quels sont ses besoins - En fonction de son entourage : Comment ils vivent la situation - En fonction du service : Leur ressource et leur limite (ce qui est réalisable ou pas) 	<ul style="list-style-type: none"> Partie sur les compétences : «<i>a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Nous recherchons à connaître le raisonnement des infirmières lorsqu'elles sont confrontées à une prise de décision. Nous souhaitons également savoir quels sont les critères qu'utilisent les infirmières pour déterminer qu'un 	<ul style="list-style-type: none"> Pour Lisa : Biais dans cette partie car nous lui avons demandé de pas se cibler sur la douleur et de rester dans le cadre d'une prise charge générale. Cela a donc pu orienter sa réponse 	<ul style="list-style-type: none"> Nous pouvons constater que Margaux et Lisa sont dans l'observation du patient avant de prendre une décision ce qui coïncide avec nos recherches théoriques. Toutefois Lisa recherche en plus d'autres dimensions du patient tels-que la dimension sociale 	
---	---	--	--	---	---	---	--

		<p>Explique également que pour certaines décisions, elles sont prises en équipe et pour des décisions à plus petite échelle elle prendra la décision seule avec l'accord du médecin</p>	<p><i>actions appropriées et les évalue. »</i> <i>« le “savoir-agir” qui permet de gérer efficacement une situation en mobilisant des ressources : du savoir-faire opérationnel aux ressources physiologiques ou émotionnelles.»</i> Partie sur les valeurs : <i>«Respecter le patient, c'est prendre soin de lui dans sa globalité, bio-psycho-sociale, au regard de sa pudeur et à son intimité. Le soignant est à l'écoute du patient et a de la considération pour ses demandes »</i> <i>« La sollicitude</i></p>	<p>soin est réalisé avec qualité. Ainsi, cela nous permettra de savoir sur quoi les infirmières s'appuient avant de réaliser un soin et quels éléments leur permettent de dire que la réalisation de ce soin était pertinent/ de qualité.</p>		<p>(entourage) et elle s'interroge sur les ressources du service (recherche à savoir ce qui possible de faire ou non au soin du service => Lien avec les compétences). Nous remarquons également que Margaux et Lisa, lors de chaque décision prise, consultent l'avis du médecin. Or, nous savons grâce à nos recherches que des décisions relevant du rôle propre de l'IDE ne nécessitent pas l'avis médical. Nous nous questionnons</p>	
--	--	---	---	---	--	---	--

			<i>correspond au souci, à la préoccupation que l'on a pour autrui, ce qui manifeste par une attention soutenue à son égard, par des soins attentifs, une veille particulière.»</i>			donc sur la raison qui amène les IDE à avoir besoin d'un avis médical.
Q.5 Sur quoi vous appuyer vous pour déterminer qu'un soin est réalisé avec qualité ?	-Faciès (patient non algique) - Dire du patient - Observation sur l'attitude physique du patient	-Ressenti du patient : Il se sent confortable -Les dires du patient : « ça s'est bien passé » « j'ai eu moins mal que la dernière fois » « On a pris plus de temps j'étais mieux installé » -La réussite du soin	Partie sur les soins : « <i>Un soin est un acte par lequel on veille au bien-être de quelqu'un.</i> » « <i>Le soin est d'abord l'attention, la veille que l'on apporte à quelque chose [...] Le soin est ensuite la marque d'une préoccupation, d'un souci pour quelque chose ou quelqu'un [...]</i> » <i>Les locutions verbales 'avoir soin de' ou 'prendre soin de' de</i>	Lors de l'entretien avec Margaux, nous n'étions pas sûrs d'avoir compris sa réponse. Nous avons donc reformulé celle-ci sous forme de question fermée. Ainsi, nous avons peut-être induit la suite de	Nous pouvons remarquer que les dires des infirmières sont en concordance avec nos recherches théoriques. Néanmoins, Margaux ajoute que pour elle un soin de qualité est un soin non douloureux. Lisa, quant à elle, s'axe d'avantage sur le ressenti et les dires du	

			<p><i>quelqu'un c'est particulièrement veiller à son bien-être, s'occuper de son état, de sa santé »</i></p> <p><i>« l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique, et habiletés techniques, sont déterminants essentiels d'un soin de qualité »</i></p>		ses réponses.	patient, pendant et après le soin, pour affirmer que son soin était de qualité.	
--	--	--	--	--	---------------	---	--

Thème : La douleur chronique

Q.6	Quelle image avez-vous des patients douloureux chroniques ?	-Des gens qui ont tout le temps mal - Douleurs liées à une pathologie -Pas d'âge particulier pour être douloureux chronique	-Patients jamais soulagés/ qui ont constamment mal -Patients plus difficiles à prendre en charge car ils sont toujours douloureux,	Partie sur la douleur chronique « <i>un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou</i>	Nous voulons savoir comment les infirmières se représentent les patients douloureux chroniques. Cela nous permettra		Nous pouvons constater que les réponses données par les infirmières sont en lien avec nos recherches théoriques. Nous	
-----	---	---	---	---	---	--	---	--

	<p>-Douleur subjective - Ce sont des gens qui pleurent, qui grimacent, qui gémissent. Néanmoins, certains patients, selon leur capacité à « prendre sur eux », n'extériorisent pas leur douleur.</p>	<p>il faut donc prendre en compte cette douleur dans tous les soins/ accompagnements du quotidien. Cela complexifie donc la prise en charge.</p>	<p><i>est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient »</i> <i>« la douleur évolue depuis plus de 3 mois. »</i> <i>« la douleur chronique est souvent multifactorielle, avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences physiques, morales et sociales. »</i> <i>« une demande</i></p>	<p>d'identifier si leurs représentations peuvent avoir un impact dans la manière de prendre en charge ces patients.</p>		<p>remarquons que pour Margaux la douleur chronique peut-être vécue et exprimée différemment selon chaque patient car elle introduit le terme de douleur « subjective ».</p> <p>De plus, nous pouvons identifier dans l'entretien avec Lisa, que prendre en charge un patient ayant un syndrome douloureux chronique est, d'après elle, plus complexe que lors d'une prise en charge d'un patient</p>	
--	--	--	---	---	--	---	--

			<p><i>insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare leur inefficacité à soulager ; une difficulté du patient à s'adapter à la situation. »</i></p>			<p>n'ayant pas ce syndrome. Elle explique cela en raison des diverses dimensions qui sont perturbées chez cette catégorie de patients. Ainsi, nous pouvons supposer que lorsqu'un infirmier(ère) se doit de prendre une décision concernant un patient douloureux chronique, ses décisions pourront être dissemblables que celles prises pour un patient non algique.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

<p>Q.7</p> <p>Comment prenez vous en charge un patient douloureux chronique ?</p>	<p>-Évaluation régulière de la douleur avec l'EVA</p> <p>-Réajustement du traitement (changement du palier des thérapeutiques)</p>	<p>-Évaluation régulière de la douleur (a chaque passage dans la chambre)</p> <p>-Adaptation des antalgiques en fonction du niveau de douleur du patient et réajustement du traitement si inefficace</p> <p>- Faire preuve de patience et d'empathie face à leur douleur</p> <p>-Réinstaller régulièrement les patients afin de trouver des positions antalgiques</p> <p>- Être à leur écoute : « certains patients</p>	<p>Partie sur la douleur chronique : « <i>une demande insistante par le patient de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives.</i> »</p> <p>Partie sur l'évaluation de la douleur : « <i>Participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes.</i> »</p> <p>« <i>Ainsi il nous indique que lorsqu'un patient est en capacité d'établir une auto-évaluation, il est conseillé d'utilisés :</i></p>	<p>Nous cherchons à connaître comment les infirmières interrogées prennent en charge, de façon concrète, un patient douloureux chronique.</p>		<p>A la suite de nos entretiens nous pouvons remarquer que les deux infirmières portent une attention particulière sur l'évaluation de la douleur. Les deux infirmières nous indiquent également leur utilisation permanente d'antalgiques pour prendre en charge ces patients. Les dires des infirmières sont complémentaires à nos recherches théoriques qui nous</p>	<p>Nous constatons que les infirmières parlent beaucoup des traitements antalgiques afin de prendre en charge les patients douloureux chroniques. Ainsi, il nous semble pertinent d'établir des recherches sur ces différentes thérapeutiques.</p>
---	--	---	--	---	--	---	--

		<p>nous disent : je vais m'installer plutôt de telle manière parce-que de telle manière je suis moins douloureux »</p> <p>- Les laisser faire (autonomie) « ils nous disent parfois : Attendez je vais me tourner moi-même parce-que quand je le fais moi-même j'ai moins mal »</p>	<p>«<i>Échelle visuelle analogique (EVA) est une réglette horizontale ou verticale (surtout adaptée à l'enfant, mais aussi à la personne avançant en âge) [...] »</i></p> <p>Partie sur les soins de confort :</p> <p>«<i>Tous les soins infirmiers qui visent au bien-être du patient en essayant de satisfaire aux mieux ses besoins physiques lorsqu'il ne peut les assumer lui-même.</i>»</p> <p>Partie sur les valeurs :</p> <p>«<i>Les valeurs infirmières essentielles à préserver chez le patient sont la pudeur, la dignité,</i></p>			<p>expliquent que les patients douloureux chroniques sont très demandeurs d'antalgique.</p> <p>D'autre part, Lisa évoque plusieurs autres moyens de prendre en charge un patient douloureux chronique. En effet elle met en avant certains concepts étudiés dans notre recherche (valeur, soins de confort, outils d'évaluation de la douleur).</p> <p>Ainsi, nous pouvons donc constater que l'évaluation de la</p>	
--	--	---	---	--	--	--	--

			<p><i>l'autonomie, la dépendance [...] Les valeurs essentielles propres à l'infirmier sont le respect, l'empathie, l'absence de jugement et l'accompagnement.»</i></p>			<p>douleur et l'administration de thérapeutique serait, sur le terrain, un point clé de la prise en charge de patient douloureux chronique, mais cela ne reposerait pas uniquement sur ce point.</p>
<p>Q.8 Quelles précautions particulière mettez-vous en place avec ces patients ?</p>	<p>-Évaluation plusieurs fois par jour de la douleur -Vérification de l'efficacité des antalgiques et adapter ceux-ci par la suite (augmentation de la dose ou changement</p>	<p>- Évaluations régulière des douleurs et adaptation des thérapeutiques (utilisation d'interdose) - Usage de dispositifs médicaux afin de traiter en continue la douleur (utilisation de</p>				<p>Dans cette partie nous pouvons constater que pour les deux infirmières, l'utilisation d'antalgiques fait partie intégrante de la prise en charge des douleurs chroniques.</p>

	de thérapeutique)	<p>PCA)</p> <p>-Prendre le temps pour l'installation du patient, pour faire les soins etc... afin qu'il se passe dans les meilleurs conditions pour le patient et pour les soignants</p>				<p>Néanmoins, Lisa nous fait à nouveau part d'autres moyens pour prendre en charge ces patients tels que la nécessité de prendre son temps lors de chaque soin afin que celui-ci se passe dans les meilleures conditions pour le patient et pour le professionnel de santé.</p> <p>Ainsi, nous pouvons supposer que l'ensemble de ces précautions à réaliser pour prendre en soin ces patients a un</p>	
--	-------------------	--	--	--	--	---	--

						impact sur chaque décision entreprise par les infirmier(e)s.	
Thème : La douleur liée aux soins							
Q.9 Pour vous qu'est ce que la douleur induite ?	Une douleur qui apparait lorsqu'on fait un soin chez une personne	-Douleur provoquée par un soin invasif -Douleur induite par un geste médical ou paramédical - Douleur induite par une tierce personne	Partie sur la douleur induite : <i>« tout ce qui fait mal et qui est associé aux interventions des soignants, c'est-à-dire : les douleurs liées aux actes ou aux gestes techniques invasifs ou intrusifs [...] Les douleurs liées à tous les actes quotidiens réalisés par les infirmiers et auxiliaires médicaux pour répondre aux besoins fondamentaux des patients [...]. Les douleurs liées aux traitements, aux suites</i>	Nous cherchons à déterminer quels sont les représentations des infirmières face à la douleur induite. Cette recherche nous permettra par la suite, d'identifier si leurs représentations peuvent avoir un impact lorsqu'elles doivent décider de réaliser ou non un soin.		Nous pouvons constater que les réponses des infirmières sont en adéquation avec nos recherches théoriques.	

			<i>opératoires, à la radiothérapie, etc »</i>				
Q.10 Pour vous, quels sont les soins qui sont susceptibles d'induire de la douleur ?	-Les soins invasifs tels-que les prises de sang, la pose de sonde urinaire - Les soins non invasifs tels-que les toilettes, des réfections de pansement simple	-Tous les soins infirmiers tels-que la glycémie capillaire, la prise de sang, la réfection d'un pansement, la pose de perfusion -Les soins médicaux tels-que les ponctions évacuatrices ou exploratoires, les endoscopies, les instillations endo-vésicale -Beaucoup de soins mais la douleur étant subjective les patients ne réagissent pas de la même manière	« <i>Injection intramusculaire ou sous cutanée ; Prélèvements pulpaire (glycémie) ; Ponction biopsie médullaire ; Ponction d'ascite, de plèvre ; Ponction lombaire ; Fibroscopies ; Actes de radiologie ; Pansements ; Retrait d'adhésifs ; Mobilisations (toilettes, changes, transferts, brancardages, etc...); Aspiration naso-pharyngée ; Pose et retrait de sonde : gastrique, urinaire ; Extraction de fécalome ; Actes de kinésithérapie</i>		Lors de cette question, nous pouvons remarquer que Margaux nous indique que la question que nous venons de poser est l'une des questions qui faisait partie de son mémoire. Ainsi, cela a sûrement induit sa réponse.	Nous pouvons constater que les réponses des infirmières sont en concordance avec nos recherches. Toutefois, nous avons identifié que Lisa n'introduisait pas les soins non invasifs dans la liste des soins pouvant induire de la douleur. Ainsi, nous nous demandons si l'ensemble des infirmiers est averti sur la possibilité d'induire de la douleur lors d'un soin non invasif tels-que les	

			<p><i>motrice ou respiratoire ; Petite chirurgie : suture, curetage.»</i></p> <p><i>«Manutention et mobilisation de toutes formes [...] ; Installation ; Hygiène corporelle et bucco-dentaire [...] ; Aide alimentaire selon l'articulé et l'état dentaire, la déglutition [...] ; Habillage et déshabillage [...] »</i></p>			<p>soins relevant du rôle propre de l'infirmier (toilette, soin de bouche, transfert etc...)</p> <p>De plus, Lisa évoque lors de cette question la subjectivité de la douleur.</p> <p>Ainsi, cette notion étant employée à deux reprises dans des questions différentes, nous nous demandons si cette douleur « subjective » peut impacter la prise de décision infirmière.</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

Thème : Les soins d'hygiène et de confort

Q.11	Pour vous qu'est ce qu'un soin	-Pour les soins d'hygiène : Tout ce	-Pour l'hygiène : Tout ce qui touche au	Partie sur les soins d'hygiène : «l'ensemble	Nous souhaitons savoir quelle image		Nous pouvons constater que les	
------	--------------------------------	-------------------------------------	---	--	-------------------------------------	--	--------------------------------	--

<p>d'hygiène et de confort ?</p>	<p>qui touche à la toilette</p> <p>-Pour les soins de confort c'est être à l'écoute du patient, réaliser des massages, des effleurages etc.</p>	<p>quotidien du patient, donc la toilette, les changes, l'installation au repas, la réinstallation dans le lit, tous les gestes de la vie quotidienne</p> <p>Pour le confort : La réinstallation, l'alimentation et l'aide au repas</p>	<p><i>de soins et de procédés qui permettent d'assurer la propreté du corps et des téguments et d'en préserver l'intégrité. L'hygiène de l'environnement de la personne est également comprise dans cette pratique. »</i></p> <p>Le listing des soins d'hygiène : « <i>Soin d'hygiène corporelle, soins autour de l'habillement, soins autour de l'alimentation et de l'élimination, soins autour de la mobilisation, soins autour du sommeil, soins au travers d'activité »</i></p> <p>Partie sur le confort :</p>	<p>les infirmières se font des soins d'hygiène et de confort.</p>		<p>réponses des infirmières sont similaires aux recherches théoriques effectuées.</p> <p>Nous pouvons également remarquer que pour elles, mettre une frontière entre les soins d'hygiène et les soins de confort semblent compliqué. Ainsi, nous pouvons donc affirmer que, même sur le terrain, les soins d'hygiène et de confort vont de pair.</p>	
<p>Q.12 Pour vous, quel patient rencontre, au</p>	<p>-Soins d'hygiène : Toute personne en perte d'autonomie</p>	<p>Les soins d'hygiène et de confort sont prodigués à tous les</p>	<p>Partie sur le confort :</p>			<p>Grâce à cette question nous pouvons identifier une</p>	

<p>cours de son hospitalisation des soins d'hygiène et de confort ?</p>	<p>(qui ne sont pas capable de faire seul leur toilette) - Soins de confort : Concerne les patients grabataires auxquels il faut anticiper l'arrivée de complication cutanée tels-que des escarres.</p>	<p>patients, de tout âge et de tout sexe car la réfection d'un lit, le nettoyage de l'environnement, la distribution des repas fait partie de l'hygiène et du confort du patient (concerne donc tous les patients même ceux autonomes). Puis, pour certains patients, tels-que les patients grabataires ou en perte d'autonomie, ils ont besoins d'obtenir davantage de soin d'hygiène et confort (accompagnement aux toilettes, toilette au lit,</p>	<p><i>« Les soins de confort sont tous les soins infirmiers qui visent au bien-être du patient en essayant de satisfaire aux mieux ses besoins physiques lorsqu'il ne peut les assumer lui-même. »</i> Listing des soins de confort : <i>« L'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne qui favorisent le bien-être : la toilette et les gestes d'hygiène, une alimentation équilibrée, la mobilité, la qualité du sommeil, la prévention des escarres, mais aussi la surveillance des paramètres vitaux ;</i></p>			<p>différence entre les dires des deux infirmières et la théorie. En effet, selon Margaux, seuls les patients en perte d'autonomie et les personnes grabataires sont susceptibles de recevoir des soins d'hygiène et de confort. Pour la théorie, les soins d'hygiène et de confort sont destinés aux personnes qui sont dans l'impossibilité de façon temporaire ou définitive, de subvenir à ce type de soin. Or pour Lisa, tous les</p>	
---	---	---	--	--	--	--	--

		transfert aux lèves malades etc.)	<i>l'accompagnement du bien-être psychique »</i> Partie sur les soins d'hygiène et de confort : <i>« Les soins d'hygiène et de confort sont les soins corporels de base destinés à toute personne temporairement ou définitivement dans l'impossibilité de subvenir à ses soins élémentaires ».</i>			patients reçoivent des soins d'hygiène et de confort mais à des degrés différents (va d'une réfection de lit d'un patient à la réalisation d'une toilette totale au lit). Ainsi, nous nous demandons si le regard que chaque infirmier porte sur ces soins modifie la population de patient pouvant être concernée par leur réalisation	
--	--	-----------------------------------	---	--	--	---	--

Thème : Les compétences et valeurs infirmière

Q.13	-Anticipation des douleurs en administrant des	-Administration d'antalgique en amont du soin afin de	Partie sur les compétences : « le "savoir-agir" qui	Nous recherchons à savoir, si les infirmières tiennent		Grâce à cette question, nous pouvons identifier des	Au sein de cette question nous pouvons
------	--	---	--	--	--	---	--

<p>que vous allez induire, chez un patient déjà algique</p>	<p>antalgiques. Néanmoins si cet antalgique n'est pas prescrit, Margaux fait le soin puis selon le ressenti du patient et la durée du soin : => Si le soin est trop long (pansement d'une heure et demi) et/ou trop douloureux pour le patient (car il hurle ou pleure) ; Margaux arrête le soin et demande au médecin des antalgiques afin d'anticiper le prochain soin => Si le soin peut</p>	<p>prévenir la douleur -Prendre le temps pour l'installation du patient et la réalisation du soin -Délicatesse des gestes pendant les soins -Favoriser la communication en expliquant au patient (en amont du soin) ce qu'il va être fait et pendant le soin l'avancé de celui-ci. Cela va permettre de rassurer le patient. -Pour des soins longs et complexes, présence de deux soignants afin que l'un</p>	<p><i>permet de gérer efficacement une situation en mobilisant des ressources : du savoir-faire opérationnel aux ressources physiologiques ou émotionnelles. »</i> <i>« la compétence se développe au gré de situations de plus en plus complexes. La compétence est elle-même complexe, car la résolution de problèmes et la prise de décision sont des modes d'accomplissement de cette compétence. »</i> Partie sur les valeurs : <i>«La valeur d'humilité, en reconnaissant que</i></p>	<p>compte, lorsqu'elle réalise un soin, de l'ensemble des mesures qu'elles ont évoquées dans les questions précédentes (prise de décision et réalisation d'un soin de qualité). Nous recherchons également à comprendre comment, sur le terrain, les infirmières prennent en charge les douleurs induites chez un patient déjà algique.</p>		<p>similitudes entre les infirmières (partie sur les antalgiques). Nous pouvons également repérer des similitudes entre la théorie et les dires des infirmières. En effet, Margaux et Lisa essaient, lorsqu'elles prodiguent un soin douloureux chez un patient algique qu'il soit le plus confortable dans la mesure du possible. En effet, Margaux peut faire appel lorsqu'elle est en difficulté pour obtenir des prescriptions</p>	<p>remarquer que les deux infirmières nous parlent à nouveau de l'administration d'antalgique. De plus, Lisa, nous parle de trois techniques non médicamenteuses pour diminuer les douleurs. Ainsi, se renseigner sur ces techniques</p>
---	---	---	---	---	--	--	--

<p>être rapide (comme une toilette) et/ou qu'il y a un antalgique à administrer en prise immédiate mais qu'il est nécessaire d'arrêter le soin et de le remettre à plus tard, parfois ce n'est pas gérable au niveau de l'organisation, Margaux fait donc le soin.</p> <p>- Si Margaux n'arrive pas à obtenir une prescription d'antalgique de la part du médecin, il lui arrive de faire</p>	<p>réalise le soin et l'autre aide et accompagne le patient</p> <p>-Utilisation de techniques de relaxations telles-que la respiration, le toucher massage et le Reiki</p> <p>- Si le soin est trop douloureux/ insupportable pour le patient, trop compliqué voir qu'il est voué à l'échec, Lisa met fin au soin, elle passe le relais ou fait le soin plus tard car elle explique qu'il indispensable de s'adapter au patient.</p>	<p><i> tout n'est pas bon pour nous, c'est reconnaître que je ne suis pas tout-puissant, c'est reconnaître que l'on est soi-même avec ses petites capacités, c'est assumer sa propre finitude. Cette valeur renvoie à la notion des limites à fixer [...] »</i></p> <p><i>« Les valeurs essentielles propres à l'infirmier sont <u>le respect</u>, l'empathie, l'absence de jugement et l'accompagnement.»</i></p> <p>Partie sur le soin :</p> <p><i>«Un soin est un actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un.»</i></p> <p><i>«Le soin est d'abord l'attention, la veille que</i></p>			<p>d'antalgiques adaptés aux douleurs du patient, à l'équipe mobile de l'établissement.</p> <p>Quant à Lisa, elle met en place, beaucoup de ressources disponibles au sein du service pour diminuer la douleur du patient (elle fait appel à ses collègues, elle met en place des techniques non médicamenteuses pratiquée au sein du service, elle prend son temps, elle identifie et s'organise selon les besoins du patient et stop le soin puis passe</p>	<p>(respiration profonde, le toucher massage et le Reiki) nous parait indéniable.</p>
---	--	---	--	--	---	---

	<p>appel à l'équipe mobile de douleur de l'établissement</p>	<p>S'il est nécessaire de réaliser le soin en plusieurs fois dans la journée ou le lendemain cela sera possible mais pour elle, le plus important est de ne surtout pas s'acharner</p>	<p><i>l'on apporte à quelque chose [...] Le soin est ensuite la marque d'une préoccupation, d'un souci pour quelque chose ou quelqu'un [...] Les locutions verbales 'avoir soin de' ou 'prendre soin de' de quelqu'un c'est particulièrement veiller à son bien-être, s'occuper de son état, de sa santé »</i></p> <p><i>« l'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique, et habiletés techniques, sont déterminants essentiels d'un soin de qualité »</i></p>			<p>la main ou le reporte à plus tard si nécessaire)</p> <p>Ainsi, nous pouvons remarquer que Lisa met en œuvre un maximum de moyens afin d'être compétente dans la gestion de la douleur du patient et elle sait faire preuve d'humilité en stoppant le soin si celui est trop douloureux pour le patient.</p> <p>Enfin, si nous croisons nos données avec les questions précédentes nous pouvons distinguer des similitudes et des différences.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>En effet, lorsque nous avons demandé à Margaux comment se construisait une prise de décision et comment savoir si un soin était de qualité, elle nous a répondu que le soin ce devait d'être sans douleur. Or, dans cette question, elle essaie de rendre le soin le moins douloureux possible (en administrant des antalgiques s'ils sont prescrits). Néanmoins, selon le type de soin, il peut arriver que malgré les</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>douleurs provoquées par le soin en lui-même, Margaux décide tout de même de le réaliser. Elle justifie cette décision en nous expliquant que ne pas faire le soin engendrerait une organisation de service trop compliquer à gérer.</p> <p>De ce fait, nous pouvons remarquer que l'organisation d'un service peut avoir un impact dans une prise de décision et dans l'obtention d'un soin de qualité.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Thème : La douleur induite

<p>Q.14 Qu'est ce qui se passe pour vous, lorsque vous induisez une douleur à un patient ?</p>	<p>-Elle ne se sent pas bien -Elle n'aime pas faire des soins dans la douleur - Elle n'aime pas voir les patients souffrir car elle dit qu'en 2019 les patients ne doivent pas souffrir</p>	<p>-Elle ne se sent pas bien (se sent « embêtée », dit que c'est difficile à vivre) -Met en place des mécanismes de défense (minimisation/ banalisation de la douleur ressentie par le patient) - Elle s'excuse auprès des patients</p>	<p>Partie sur les valeurs : « <i>Le respect est un sentiment de considération, envers quelqu'un, qui porte à le traiter avec des égards particuliers. Respecter le patient, c'est prendre soin de lui dans sa globalité, bio-psycho-sociale, au regard de sa pudeur et à son intimité. Le soignant est à l'écoute du patient et a de la considération pour ses demandes</i> » « <i>La sollicitude est le souci, à la préoccupation que l'on a pour autrui, ce qui manifeste par une attention soutenue à son</i></p>	<p>Grâce à ces questions, nous avons désiré aller au-delà de notre question de départ tout en restant dans notre thème initial. En effet, nous avons voulu rechercher l'impact, pour le soignant et pour le soigné, de la douleur liées aux soins.</p>		<p>Dans cette 1^{ère} partie, nous n'avons pas fait de recherche directe entre les répercussions de la douleur induite et le soignant, mais nous pouvons fortement supposer que faire mal à un patient heurtera nos valeurs infirmières. Lisa et Margaux sont d'ailleurs en capacité de nous l'exprimer. En effet elles nous expliquent comment elles se sentent et comment elles font pour faire face à l'agression de ces</p>	<p>Nous n'avons pas réalisé de recherche théorique sur la répercussion de la douleur liées aux soins. Ainsi il nous semble inévitable, à la suite de ces questions, de réaliser quelques recherches sur le sujet afin de pouvoir</p>
--	---	---	--	--	--	---	--

			<i>égard, par des soins attentifs, une veille particulière.»</i>			valeurs (elles s'excusent, elles se sentent mal, elles développent des mécanismes de défense)	mettre en lien les réponses des infirmières avec la théorie.
Q.15 Chez le patient, quel changement de comportement avez-vous déjà pu constater après la réalisation d'un soin induisant de la douleur ?	-De l'agressivité : « Ah oui... C'est après le soin "laissez moi tranquille" ; lorsqu'on leur propose d'aller au fauteuil "non je n'ai pas envie" ; Ils vont nous voir et nous dire "Toi tu m'as fait mal" » -De la tristesse qui se manifeste par des pleurs	-Des demandes « Parfois il nous arrive qu'ils disent "Oh ça ne peut pas être votre collègue plutôt ?" » - Un stress engendrant des répercussions somatiques (augmentation de la tension) -De l'énerverment/ colère -De la tristesse qui se manifeste par des pleurs					

Résumé:

Mots-clés: Douleurs liées aux soins - douleurs chroniques - prise de décision, infirmière - soins d'hygiène et de confort.

J'ai débuté mon mémoire à partir d'une situation mettant en scène un soin douloureux. Cette situation m'a permis de libeller ma question de départ qui est : «Sur quoi l'infirmier s'appuie-t-il pour décider de réaliser, chez un patient douloureux chronique, un soin d'hygiène et de confort induisant une douleur additionnelle à la sienne?». Ainsi, pour explorer cette question, j'ai tout d'abord réalisé des recherches théoriques sur les concepts suivants : Les compétences et les valeurs infirmières, la douleur et les soins d'hygiène et de confort. Puis, j'ai exploré ma question de départ auprès d'infirmières de médecine interne et d'oncologie en réalisant deux entretiens semi-directifs. J'ai ensuite mis en lien l'ensemble de mes résultats afin de les analyser et j'ai pu constater qu'une majorité des informations données par les infirmières étaient en corrélation avec la théorie. Toutefois, j'ai pu identifier une donnée qui est susceptible de faire évoluer ma question de départ. De plus, cette donnée pourrait être un élément déterminant dans la pratique soignante en raison de sa possibilité à faire avancer le soin infirmier. Par conséquent, j'ai décidé de l'utiliser afin de rédiger mon hypothèse de recherche qui est : «Un accompagnement adapté aux besoins du patient douloureux chronique est nécessaire pour garantir le bon déroulé d'un soin.»

Abstract:

Key words: Care related pain - Recurrent pains - Decision taking - Nurse - Hygiene and comfort care

I have started my report from a situation involving a care related pain. This experience has allowed me to set-up the following initial question: «What the nurse is relying on, to decide at undertaking to a patient with a chronic pain syndrome, a hygiene and comfort care inducing an additional pain to him? ». Thus, to explore this question, I have firstly started a theoretical survey on the following concepts: nursing skills and values, pain, hygiene and comfort cares. Secondly, I have explored my initial question by interviewing nurses from internal medicine department and oncology with semi-directive exchanges. I have linked both sources of results and analyzed them. I have observed that a majority of the information provided by the nurses are correlated with the theory. However, I have identified a data that potentially makes evolving my initial question and could significantly question the state-of-art of the nursing care. Consequently, I have decided to use it to establish and write my research hypothesis as such: «A specific nursing care to a patient with a chronic pain is necessary to guarantee a successful care protocol. »