

Institut de formation en soins infirmier Centre Hospitalier Émile Durkheim Épinal

Soigner autrement



Source: www.pourinfos.org

Mémoire de fin d'étude pour la validation des unités d'enseignement 3.4 «initiation à la démarche de recherche» et 5.6 «analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directrice de mémoire: Madame FLAMBEAU et Madame MEURVILLE

Déclaration sur l'honneur

IFSI IFAS EPINAL

CENTRE HOSPITALIER

EMILE DURKEIM

Déclaration sur l'honneur contre le plagiat

Je soussignée,

Courtin Mélanie

Promotion : 2018 2021

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.

Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimées ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Epinal, le 22 novembre 2020

COURTIN Mélanie

Institut de formation en soins infirmier Centre Hospitalier Émile Durkheim Épinal

Soigner autrement



Source: www.pourinfos.org

Mémoire de fin d'étude pour la validation des unités d'enseignement 3.4 «initiation à la démarche de recherche» et 5.6 «analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles»

Directrice de mémoire: Madame FLAMBEAU et Madame MEURVILLE

Remerciements

A mon fiancé Julien qui a toujours été là dans les moments difficiles durant ces 2 années.

A ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenue et encouragée.

A mes proches qui ont prit le temps de lire et corriger mon travail.

A mesdames MEURVILLE et FLAMBEAU pour leur disponibilité et leur écoute lors de la rédaction de mon travail de fin d'étude.

A madame HOUBERDON pour sa bienveillance lors de mon suivi pédagogique.

Aux infirmières qui ont prit le temps de répondre à mes entretiens.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. Problématique.....	2
1.1. Situation de départ.....	2
1.1.1. Situation idéale.....	3
1.1.2. Questionnements.....	4
1.4. Motivation.....	4
1.5. Identification du problème (champs d'action, population cible et variable +/- attributs).....	5
1.6. Légitimation.....	5
1.7. Généralisation.....	6
1.8. Définition de l'objectif de recherche.....	7
1.9. Question de départ.....	7
2. Exploration théorique.....	7
2.1. Contexte: Cadre législatif, cadre politique (rapports, plan.....)	7
2.2. Concepts: Publications professionnelles et scientifiques.....	9
L'anxiété.....	9
La douleur.....	13
Lien entre douleur et anxiété.....	17
Les techniques non médicamenteuses.....	18
3. Exploration empirique.....	20
3.1. Choix de l'outil.....	20
3.2. Choix de la population interrogée.....	20
3.3. Choix des structures.....	21
3.4. Éthique de la recherche.....	21
3.5. Construction de l'outil.....	21
3.6. Diffusion de l'outil.....	22

<u>4. Résultats.....</u>	<u>22</u>
<u>Conclusion.....</u>	<u>27</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>28</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>30</u>
<u>Annexe 1.....</u>	<u>30</u>
<u>Annexe 2.....</u>	<u>31</u>
<u>Annexe 3.....</u>	<u>32</u>
<u>Annexe 4.....</u>	<u>33</u>
<u>Annexe 5.....</u>	<u>48</u>
<u>Annexe 6.....</u>	<u>53</u>

Introduction

«J'ai mal!» C'est une phrase que tout soignant entend au quotidien. 78 % des patients accueillis aux urgences ont des douleurs (Sudrial et Combes, 2015).¹ A fortiori nous rencontrerons ces mêmes patients dans tous services confondus. La douleur est multifactorielle, dont notamment la composante émotionnelle qui est parfois difficile à traiter. Plusieurs alternatives existent pour diminuer cette composante émotionnelle. Depuis quelques années les techniques non médicamenteuses ont une place de choix dans la prise en charge de la douleur. C'est sur cette thématique que j'ai décidé d'élaborer mon travail de fin d'étude.

Suite à la description de ma situation de départ la première partie concernera la problématique puis des concepts seront dévoilés. Suite à une exploration sur le terrain j'analyserai les résultats et les confronterai pour finir par une ouverture pour la profession infirmière

¹enquête réalisé au urgence d'un hôpital universitaire de Paris pendant 16 jours 24h par jour sur 810 patients majeurs

1. Problématique

1.1. Situation de départ

Je suis étudiante infirmière en 2ème année lors de ce stage où se passe ma situation d'appel. Je suis en poste de nuit ce jour là. Dans le service, je suis avec une infirmière (IDE) et une aide soignante. Mme D a un carcinome mammaire avec métastases osseuses et hépatiques traitées par chimiothérapie. Régulièrement, elle a de fortes douleurs qui sont traitées par morphine. Mme D angoisse dès qu'elle sent ses douleurs se réveiller.

Ce soir, Mme D sonne à plusieurs reprises entre 22h et 00h. Elle décrit une douleur insoutenable et elle pleure. Elle semble très angoissée, transpire, elle explique qu'elle ne supporte plus cette douleur. De plus, elle ne trouve pas de position antalgique malgré la prise de morphine. A 00h, L'IDE vient lui administrer une perfusion de Midazolam® qui est prescrite en cas de besoin en plus de perfusion de morphine en continu avec possibilité de bolus. Mme D avoue espérer que cela fonctionne.

A 00h20 Mme D sonne et dit qu'elle a de plus en plus mal. Elle estime à 7 sur 10 sa douleur. L'IDE lui explique qu'elle doit patienter un petit peu le temps que le traitement fasse effet. Mme D pleure, crie encore et dit qu'elle n'arrive pas à se contrôler. A 1h Mme D. sonne pour dire qu'elle a encore plus mal qu'auparavant. Elle est transpirante et a un flush cutané au niveau du visage. Après contrôle, Mme D n'a pas de température. Elle dit se sentir partir. Elle n'a jamais eu aussi mal. Elle s'impatiente en disant qu'elle ne comprend pas avoir encore mal malgré tous les traitements. Elle dit être épuisée de tout ça et que c'est toujours pareil. L'IDE lui explique qu'elle est au bout des prescriptions, qu'elle n'a aucun point d'appel pour téléphoner au médecin. Elle s'excuse en lui disant qu'elle ne peut rien faire de plus pour le moment. Puis nous partons de la chambre.

En sortant de la chambre l'infirmière me fait part qu'elle déteste voir cette femme souffrir sans ne rien pouvoir faire. Elle me dit que c'est le côté difficile du métier d'autant plus la nuit. Elle m'explique avoir vérifié toutes les prescriptions médicales et être au bout des possibilités. Durant la suite de la soirée, Mme D a sonné 3 fois. Je remarque que l'IDE est préoccupée par cette situation. Elle me confie que cette situation

est vraiment inconfortable pour la patiente mais pour elle également. A 3h du matin, Mme D. sonne, nous la trouvons les yeux fermés, le visage crispé, rouge et transpirant, soufflant à chaque pique de douleur et ne trouvant pas de position antalgique. Nous voyons bien qu'elle est épuisée. Elle dit qu'elle veut quelque chose pour que ça s'arrête. L'IDE décide alors de proposer à Mme D. de tenter une autre approche qui pourrait lui permettre de calmer sa douleur. Mme D accepte.

L'IDE décide de s'asseoir à côté d'elle et me demande de m'asseoir aussi. Elle allume la lampe de chevet qui prodigue une lumière tamisée et éteint les autres lumières de la chambre. L'IDE parle d'une voix douce et demande à Mme D. de fermer les yeux et de se concentrer sur sa respiration. Elle explique à la patiente qu'à tout moment elle peut ouvrir les yeux ou intervenir. Puis, elle lui demande d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche 30 fois. Elle la guide en comptant à chaque mouvements respiratoires. Puis elle lui demande d'imaginer le trajet de l'air dans son nez, dans sa gorge, dans ses poumons. Elle laisse volontairement des silences. Elle lui demande de prendre conscience de son front, de ses yeux, de sa mâchoire, de son cou, de ses épaules, de son thorax, de son ventre, de son bassin, de ses jambes et de ses pieds. Tout au long de la séance, je vois le visage de Mme D se détendre, sa respiration se ralentir. Je remarque que ses muscles se détendent et que sa position dans le lit est moins crispée. Puis l'IDE lui dit que l'exercice est fini mais qu'elle peut garder les yeux fermés et continuer de respirer avec l'abdomen. Mme D. sourit et acquiesce, nous sortons de la chambre dans le silence.

Mme D n'a plus sonné de la nuit pour se plaindre de douleur. A notre passage suivant Mme D dormait.

1.1.1. Situation idéale

La situation d'appel est une situation complexe. Au début l'infirmière respect son rôle propre et décide d' administrer en suivant la prescription médicale un benzodiazépine. Il a été prescrit plusieurs jour auparavant et a pour propriété de réduire l'anxiété. Parallèlement, Mme D reçoit de la morphine en continu. Néanmoins, lorsque la patiente exprime qu'elle a toujours des douleurs, l'infirmière dit être au bout des possibilités puisque que la patiente a de la morphine pour traiter la douleur et le Midazolam® pour traiter l'anxiété. Après avoir analysé et évalué l'état clinique de la

patiente, l'infirmière décide de ne pas appeler le médecin de garde parce qu'elle pense que celui-ci ne pourra rien prescrire de plus.

Puis la situation devient positive. L'infirmière a su faire preuve d'autonomie en respectant son champs de compétence et décide de mettre en place une technique non médicamenteuse qui va permettre d'apaiser la patiente tant au niveau de son anxiété que de sa douleur. Dans cette situation, l'infirmière a su adapter sa pratique professionnelle tout au long de la situation à l'aide de son analyse et de sa connaissance sur ce qu'elle peut et doit faire dans le cadre de son rôle prescrit puis dans celui de son rôle propre

1.1.2. Questionnements

- Qu'est ce que l'IDE a le droit de mettre en œuvre pour traiter la douleur et l'anxiété ?
- Qu'est ce qui constitue une douleur ? L'affecte-t-il une importance dans le ressenti de la douleur ?
- Quel est lien entre douleur et anxiété ? Peut on dire que traiter l'anxiété réduit la douleur? Peut on dire qu'ils sont dépendants l'un de l'autre ?
- Quels types de douleurs ont les patients en oncologie ?
- Qu'est ce qui peut être mis en place pour réduire la douleur des patients en oncologie ?
- Que sont les techniques non médicamenteuses ? Quelles techniques existent ? Est-il possible de les mettre en place ?

1.4. Motivation

Mes motivations sont professionnelles. Travailler sur cet objet de recherche me permettra d'améliorer ma pratique professionnelle. En effet, il m'est arrivé à plusieurs reprises de rencontrer des patients dont la douleur, non soulagée était au centre de la prise en charge. Au fil de mes expériences, je me suis rendue compte qu'il est important pour moi de prendre en soin la personne dans sa globalité. Je désire donc disposer de toutes les possibilités qui me permettront de répondre au mieux aux besoins des patients. A l'aide de se travail de fin d'étude, j'espère acquérir des savoirs que je pourrai mobiliser dans le futur.

1.5. Identification du problème (champs d'action, population cible et variable +/- attributs)

Le champ d'action est le service d'oncologie. La population cible est l'infirmière et les patients douloureux atteints d'un cancer. Les variables sont l'anxiété et les techniques non médicamenteuses

1.6. Légitimation

Le métier d'IDE est régi par la loi, il «*[...]exerce son métier dans le respect des articles R4311-1 à R4311-15 et R4312-1 à R4312-49 du code de la santé publique*» (SEDI,p.46)

Il consiste à:

«Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins, concevoir et définir des projets de soins personnalisés, planifier des soins, les prodiguer et les évaluer, mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile de manière autonome et en collaboration» (SEDI,p.46)

L'exercice de la profession IDE est régi par le code de la santé publique (CSP). D'après l'article R.4311-1 «*L'infirmier ou l'infirmière donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu [...] participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement*»

Les IDE sont soumis à des règles professionnelles, une des plus importantes est le respect du secret professionnel .

L'IDE a deux rôles bien distincts, le rôle propre et le rôle prescrit.

Le rôle propre concerne «*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*» par exemple les

soins d'hygiène de la personne et de son environnement, vérification de la prise des médicaments . (Art.R4311-3 du CSP, 29 août 2008)

Le rôle prescrit concerne des actes qui sont issus d'une prescription médicale *«qui sauf urgence est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin»* Par exemple, cela concerne *«l'administration des médicaments, prélèvements de sang , recueil aseptique des urines ... »* (Art.R4311-7 du CSP, 3 septembre 2008)

1.7. Généralisation

Depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme hospitalière, les établissements doivent être certifiés. Cela permet d'assurer la qualité des établissements de santé. Le manuel de certification des établissements de santé V2010 paru en 2014 à différentes priorités définies, une d'elle est la prise en charge de la douleur. De ce fait les établissements de santé doivent mettre en œuvre les 4 axes du programme de lutte contre la douleur sont:

«améliorer la prise en charge des douleurs populaires les plus vulnérables[...] améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé [...] améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité [...]structurer la filière de soin de la douleur en particulier des douleurs chroniques dites rebelles» (Haute Autorité de Santé,2014)

Une étude (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. (AFSOS), 2010) montrent que 7.6% des patients avec un cancer avancé ont des troubles anxieux. Dans le même référentiel, la méta-analyse de Mitchell de 2011 montre que sur 70 patients atteint d'un cancer 10.3% ont des troubles anxieux. Il est précisé que *«sous estimer et sous traiter les états anxieux chez les patients atteint de cancer peut avoir des conséquences multiples comme [...] exacerbation de symptômes somatiques de la maladie : [...] ou la douleur»* (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, 2014,p.18)

Les cancers engendrent de la douleur mais elle n'est pas toujours soulagée. *« [...] plus de 50% des cancers sont douloureux (69% présentent une douleur très*

forte, 30% n'ont pas de traitement, et 50% un traitement inadapté) Ce type de douleur associe des éléments nociceptifs, neuropathiques et psychologiques[...] » (Nègre et Beloeil, 2015, p36)

Le thème de la douleur est largement documenté et fait l'objet de recherches dans différents ouvrages. Dans l'un d'eux sont abordées les recherches sur l'hypnothérapie et la thérapie cognitive et comportementale.(SFEDT,2017, p271).Ce qui prouve que les techniques non médicamenteuses sont étudiées pour la recherche.

Toutes ces sources m'ont permis de généraliser ma situation en mettant en évidence que ma situation d'appel n'est pas un acte isolé. On peut lire que les techniques non médicamenteuses sont utilisées pour traiter la douleur et l'anxiété.

1.8. Définition de l'objectif de recherche

L'objectif de recherche est de comprendre comment le traitement de l'anxiété avec des techniques non médicamenteuses permet de traiter et de réduire la douleur.

1.9. Question de départ

En quoi les techniques non médicamenteuses exercées par l'IDE peuvent soulager l'anxiété chez les patients douloureux en oncologie ?

2. Exploration théorique

2.1. Contexte: Cadre législatif, cadre politique (rapports,plan..)

L'IDE doit faire preuve d'observation et doit réussir à déterminer le «*niveau d'inquiétude ou d'angoisse*» du patient. (Ministère des affaires sociales et de la santé,2008,p.47) «*La mesure de la douleur*» (Ministère des affaires sociales et de la santé,2008,p.47)est une autre activité de l'IDE, elle est basée sur la mesure de la quantité de la douleur caractérisée à l'aide d'échelle de mesure ainsi que la qualité de la douleur. L'IDE doit analyser le «*retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne*»(Ministère des affaires sociales et de la santé,2008,p.47) du patient afin d'adapter la prise en soin et éventuellement le devenir. L'infirmière doit aussi réaliser «*des soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique*» dont «*l'aide à la relaxation*». (Ministère des affaires sociales et de la santé,2008,p.47)

L'infirmière se doit d'évaluer la douleur lors de diagnostic de soin. Ils permettront de réaliser des soins qui soulagent la souffrance comme les «*activités de relaxation (respiration, toucher, paroles, visualisation positive...)*» Ministère des affaires sociales et de la santé,2008,p.47-p.51)

Le métier d'IDE est régit par la loi. Il existe plusieurs articles ou textes de loi qui sont en lien avec ma question de recherche. Une de ces lois précise que «*toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée*».(code de la santé publique , [Article L1110-5](#),2002). D'autre part, les IDE ont le devoir de soulager la douleur dans le cadre de leur rôle propre ou prescrit ou en application d'un protocole en vigueur. L'IDE doit prendre en compte la douleur dans sa globalité «*[...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.*» (Code de la santé publique, article R4311-2, 2004)

La prise en charge de la douleur est un enjeu national, en effet la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées comporte une charte de la personne hospitalisée dit que :«*La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise*

en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants.» (Ministère de la santé et des solidarités,2006, p.5). Cette même loi précise que *«Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille»*.(Ministère de la santé et des solidarités,2006, p.5). A chaque hospitalisation un *«Contrat d'engagement contre la douleur»* (Ministère de la santé et des solidarités,2006, p.5) est remis comme précisé par la loi. Il est aussi précisé que grâce à *«l'évolution des connaissances scientifiques et techniques»* (Ministère de la santé et des solidarités,2006, p.5) le soulagement de la douleur est le plus souvent atteint. Cette loi stipule aussi *«une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie»* (Ministère de la santé et des solidarités,2006, p.5)

De plus la circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale dit que les IDE doivent veiller à prendre en soin les personnes dans le but de répondre à leurs besoins spécifiques. Les soignants ont pour mission *«la lutte contre la douleur; la prise en charge psychologique du malade et de sa famille, la prise en considération des problèmes individuels, sociaux et spirituels. La prise en soin de la douleur est un axe primordial dans l'accompagnement des personnes notamment en fin de vie.»* (Ministère des affaires sociales et de l'emploi,1986, p.1)

D'autre part le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur de 2006-2010 explique que *«le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux.»* (Ministère de la Santé et des Solidarités,2006-2010,p.26). Les techniques non médicamenteuses sont une alternative valable et efficace reconnue par les patients et les professionnels. Il existent différentes techniques non médicamenteuses comme les *«traitements physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie [cryothérapie, électro-stimulation transcutanée : TENS, balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle), méthodes psycho-corporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie).»* (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, p,26)

2.2. Concepts: Publications professionnelles et scientifiques

Je vais dans un premier temps développer le concept d'anxiété et de douleur. Puis, dans un second temps, j'expliquerai le lien entre la douleur et l'anxiété. Pour finir cette partie théorie, je développerai le concept des techniques non médicamenteuses. Cette partie théorique va me permettre de comprendre la situation de départ et de répondre à mon questionnement.

L'anxiété

Pour commencer je vais définir le concept de l'anxiété. Elle est définie comme:

«Un sentiment de malaise (appréhension),[...] d'origine généralement indéterminée ou inconnue, se manifestant par une activation du système nerveux autonome. l'anxiété se manifeste par des symptômes d'ordre physiologique, émotionnel et cognitif. Ceux-ci varient selon le degré d'anxiété» (Carpentino-Moyet ,2012, p.46).

L'anxiété se manifeste avec des symptômes physiologiques, émotionnels et cognitifs (Carpentino-Moyet,2012).

Les symptômes «*d'ordres physiologiques*» peuvent se manifester par : une tachycardie, une tachypnée, une hypertension, des «*palpitation, insomnie, bouffées vasomotrices, douleurs, une agitation*» etc. (Carpentino-Moyet,2012)

Au niveau émotionnel nous pouvons repérer certains sentiments comme «*l'inquiétude, la nervosité, la tension la crispation*» mais aussi certains comportements comme «*l'irritabilité, l'impatience ou un état de colère.*» (Carpentino-Moyet,2012)

Et pour finir «*l 'incapacité de se concentrer ou de se souvenir, la confusion, la préoccupation ou la ruminaton*» sont des exemples de symptômes «*d'ordres cognitif*». (Carpentino-Moyet,2012)

Il y a des facteurs favorisant l'apparition de l'anxiété comme «*les facteurs liés aux contextes*» comme par exemple la «*modification [...] de l'environnement (ex.hospitalisation)*» (Carpentino-Moyet, 2012, p 46 à 48). De plus l'anxiété est fréquente chez les patients hospitalisés (Christine paillard, 2018, p.47). Il est proposé toute une liste d'interventions qui permettent de diminuer l'anxiété comme les exercices

de détente, la méditation, l'hypnose, l'imagerie guidée ou encore l'aromathérapie (Carpentino-Moyet, 2012, p.51)

Pour compléter cette définition je souhaite ajouter celle de l'association francophone de soins Oncologique (AFSOS) qui définit l'anxiété dans le cadre d'un cancer. L'anxiété est:

«[...] une émotion adaptative; c'est aussi un sentiment pénible et souvent indéfinissable de peur sans objet, ou appliqué de manière disproportionnée à des événements réels, affect très courant chez le patient atteint de cancer et son entourage [...] la plupart des troubles anxieux semblent préexistants au cancer [...] mais peuvent apparaître ou être réactivés par le cancer et/ou ses traitements, surtout lors de certaines phases» (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, 2014, p.4)

D'après plusieurs études, il a été défini des facteurs de risque d'anxiété dans le cancer: *«Le jeune âge et le sexe féminin, les antécédents prémorbides d'anxiété [...] ou de traumatismes psychologiques[...]»* certains cancer dont celui du poumon et du sein et pour finir *«l'aggravation du stade du cancer[...]»* (AFSOS,2014, p.4 et p.19)

Suite à ces deux définitions, j'ai voulu m'intéresser à la présence de l'anxiété chez les patients atteints d'un cancer. J'ai lu dans une étude rapportée par Miller et Massie qui explique que *«[...] près de la moitié d'une cohorte de patients atteints de cancer, soit environ 50%, présenteraient une anxiété significative.[...]»*. Les manifestations *«pour les affections cancéreuses terminales»* sont d'ordre *«psychologiques ou cognitives et, d'autre part, somatiques»*. Dans cette même étude, il est expliqué que *«[...] les symptômes somatiques sont souvent les plus conséquents et miment à s'y méprendre les symptômes physiques consécutifs de la maladie, ce qui rend leur identification, en tant que manifestation de l'anxiété, complexe. Il s'agit de symptômes tels que la tachycardie , la dyspnée, la transpiration, la nausée.»*(Philippin, Y. 2009).

Puisque le cerveau peut agir sur l'intensité de la douleur, il peut être difficile de les différencier. *«Quand on souffre physiquement, il est parfois difficile de faire le lien entre la douleur (un symptôme physique) et les difficultés personnelles, familiales, professionnelles en cours ou passées qui, elles, se traduisent par de l'anxiété, du stress,*

de la dépression (symptômes psychiques)» (Winckler et Gahagnon,2019). C'est pourquoi, une prise en soin globale doit être mise en œuvre pour prendre en compte toutes les dimensions de la douleur (physique, psychologique, affective et émotionnelle).(Winckler, M. et Gahagnon, A. 2019, p.473)

Ce qui veut dire que dans la situation d'appel, il est probable que la douleur soit induite par l'anxiété. Pour pouvoir repérer si la douleur est physique ou si elle est induite par l'anxiété, les soignants peuvent utiliser des échelles d'évaluation qui vont permettre de faire la différence.

Pour évaluer la douleur, il existe les échelles d'auto évaluation comme l'échelle visuelle analogique, échelle numérique. Les échelles d'hétéro évaluation reposent sur l'évaluation du soignant pour des patients qui ne peuvent pas s'évaluer (algoplus, ECPA, doloplus). Il existe plusieurs échelles pour mesurer l'anxiété d'un patient. L'échelle de HADS (hospital anxiety and depression scale) un score entre 8 et 10 indique une anxiété modérée et un score à partir de 11 indique une anxiété sévère. Il existe aussi l'échelle de STAI et l'échelle de HAM-A spécifique à l'anxiété. Une fois évaluée, l'anxiété peut être traitée de différentes façons. Nous comptons quatre types de prise en charge psychosociale de l'anxiété que je vais présenter à l'aide du référentiel inter régional en Soins Oncologiques de Support intitulé "*psycho-oncologie: anxiété et troubles anxieux en cancérologie*" (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support,2014, p. 22 à p.25)

-La psychothérapie cognitivo-comportementale: est celle qui est la plus efficace *«efficacité prouvée par de nombreuses études sur l'anxiété elle-même (réduction des manifestations somatiques et psychologiques) et sur la qualité de vie»* Elle donne le sentiment au patient de reprendre le contrôle sur sa pathologie et son état. Différentes techniques sont utilisées comme *«[...]la relaxation, l'imagination, la visualisation, la confrontation cognitive»*. Les thérapies cognitivo-comportementales ont un effet bénéfique prouvé sur les douleurs, elles seraient encore plus efficaces complétées par des activités comme des séances de yoga, l'écriture d'un journal ou une activité physique. (winckler et Gahagnon ,2019, p 477)

-La psycho-éducation: est basée sur le principe d'éducatons et d'informations données aux patients sur sa pathologie et les traitements associés. Un patient informé est moins sujet aux troubles anxieux.

La psychothérapies verbale: Est une «[...] *thérapie de soutien pendant la durée des traitements ou à la phase initiale de la période de rémission [...] si troubles anxieux chroniques et indication d'une psychothérapie au long cours, envisager un adressage vers l'extérieur (cmp, réseaux de soins [...])*»

-L'approche psychocorporelle: «[...]*comprennent l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps ou se servant du corps comme médiation mais aussi plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif[...]*». Elle repose sur deux techniques particulières «*la relaxation et l'hypnose*» Cette approche est efficace et est «*très appréciée par de nombreux patients, en particulier ceux qui sont réticents aux approches verbales, mais peuvent leur être très complémentaires*»

L'approche psychocorporelle «*amènent à prendre conscience de ce qui se passe dans l'instant présent [...] travail sur la relation du sujet au monde.[...] ce sont des approches techniques qui placent le corps, la sensorialité au centre des émotionnel, du mental, de l'intellectuel, voire de l'énergétique [...]*»(Monique, 2018)

Les IDE peuvent mettre en œuvre des approches psychocorporelles dans le cadre de leur rôle propre. Certaines de ces approches peuvent être mise en œuvre par un(e) infirmier(ère) diplômée d'État sans formation complémentaire comme par exemple le toucher relationnel ou la relaxation (il existe néanmoins de courte formation de remise à niveau). A contrario l'hypnose, la sophrologie, le yoga, par exemple, doivent être réalisés après la participation à une formation spécifique et plus longue pour que les professionnels utilisent ces techniques correctement. (Gillet, 2014, p27 à p29)

Il existe aussi de nombreux traitements médicamenteux mais je ne l'aborderai pas dans le cadre de ma recherche.

La douleur

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), «*La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes*»(Bouhassira, 2016). La douleur est propre à chacun en fonction de son ressenti et n'est pas forcément liée à une lésion.Cela s'explique par « *le lien étroit entre la douleur et le contexte psycho-social.*»(Bouhassira, 2016).De plus, ce lien entre douleur et émotion est dû à leur proximité cérébrale «*[...]les centres cérébraux responsables de la perception de la douleur sont étroitement liés aux centres des émotions.[...]*» (Bouhassira, 2016). Dans cet article il est aussi expliqué pourquoi les techniques non médicamenteuses sont utilisées pour soulager la douleur «*[...] des études montrant qu'un individu dont l'attention est sollicitée ressentira moins la douleur qu'un individu focalisé sur l'événement douloureux.*» (Bouhassira,2016)

Plusieurs personnalités ont écrit sur le vaste sujet qu'est la douleur. Que ce soit dans les textes de lois, dans les livres ou les articles scientifiques, tous sont d'accord sur le fait que le concept de douleur est bien plus complexe qu'il n'y paraît. Avoir une douleur implique plusieurs aspects de la personne. «*La douleur est à considérer comme un phénomène multidimensionnel, pluri-factoriel, et non pas comme une simple réaction à une stimulation périphérique*» (Metzger, Schwetta, Walter, et Muller,2007, p.15)

En 1967 Cicely Saunder, IDE puis médecin a mis en évidence le concept de «*total pain*» et elle le définit comme ceci «*la douleur n'étant pas seulement physique mais aussi psycho-affective, socio-familial et spirituelle*»(Formavenir, 2016)

Il existe 4 mécanismes qui créent de la douleur. La douleur «*par excès de nociception*», est une «*stimulation somatique mécanique, musculaire, osseuse, cutanée.*».(Bassan, Conradi, et Brennstuhl,2018, p.18)

La douleur neuropathique: «succède à une atteinte du système nerveux périphérique (amputation, zona, etc.) ou centrale (paraplégie,suite à un AVC..)». (Bassan, Conradi, et Brennstuhl,2018, p.19)

La douleur idiopathique ou fonctionnelle est une douleur sans «*lésion observable ou supposée*». Elle serait due à «*un dysfonctionnement d'organe ou d'une fonction*» par exemple «*des dérégulations du système de contrôle de la douleur*» ou des pathologies «*survenant[...] lors de la rencontre de plusieurs facteurs hormonaux, physiologiques, émotionnels, comportementaux*». (Bassan, Conradi, et Brennstuhl, 2018, p.19)

Les douleurs psychogènes qui est uniquement psychologiques par exemple «*les douleurs dans le cadre d'une conversion hystérique, une hypocondrie, une somatisation [...]*» (Bassan, Conradi, et Brennstuhl, 2018, p.19). La douleur psychogène est liée au vécu de la personne et à ses souffrances comme «*La solitude, le sentiment d'insécurité, l'angoisse ou la peur de la mort*» (Moriceau, 2006, p.144).

Suite à cette recherche j'ai compris que le mécanisme de la douleur psychogène est la douleur impliquée dans la situation de départ. En effet dans la situation Mme D à une douleur qui augmente en même tant que le niveau d'anxiété. On remarque que la douleur est donc liée au vécu.

La douleur est constituée de 4 composantes, la composantes sensori-discriminative, la composante affective et émotionnelle, la composante cognitive et la composante comportementale.

-Composante sensorio-discriminative: Cette composante «*correspond aux aspects qualitatifs et quantitatifs de la sensation douloureuse[...]*» C'est la façon dont le patient sent la douleur. On peut poser des questions pour permettre aux patients de la décrire «*Où est localisée la douleur ? A quel endroit ? Y-a-t-il des irradiations[...]*» Elle est le plus souvent mise en lien avec la douleur aiguë. (Metzger, Schwetta, Walter, et Muller, 2007, p 29 et p.30)

-Composante affective et émotionnelle: «*Elle correspond aux aspects désagréables et pénibles de la douleur [...]*». C'est la façon dont le patient ressent la douleur. Elle peut être décrite par le patient comme «*[...] simple gêne, supportable [...] pénible, horrible, fatigante, déprimante, [...]*» Cette composante est propre à chaque personne, elle «*dépend du caractère et de la personnalité [...]* ». C'est celle qui est mise en lien avec la douleur chronique. (Metzger, Schwetta, Walter, et Muller, 2007, p 29 et p.30)

-Composante cognitive: *«elle correspond au processus mentaux mis en jeu par la douleur [...]»* C'est la *«[...]signification, consciente ou non qu'y accorde le patient [...]»*
Cette composante est propre à chacun, elle est en lien direct avec *«les facteurs socio-culturels ainsi que l'histoire personnelle et familiale [...] dépend de l'éducation et de la profession [...]»*. Les raisons de la douleur et ses conséquences influencent aussi sur l'importance accordée à la douleur.(Metzger, Schwetta, Walter, et Muller, 2007,p 29et p.30)

-Composante comportementale:

*«Elle correspond à l'ensemble des manifestations de la douleur, conscientes ou non [...]»*On peut les classer en deux catégories, les *«manifestations non verbales»* comme des *«[...] attitudes et des mimiques [...]»* et des *«manifestations verbales»* comme des *«paroles et des mots»* qui caractérise la douleur. Ces manifestations peuvent être extrêmes et se manifester par des *«cris, hurlements, jurons, pleurs, pâleur, tachycardie ou bradycardie [...]»*. Pour une personne *«[...] manifester sa douleur, c'est faire part aux autres de la souffrance [...]»*.(Metzger, Schwetta, Walter, et Muller, 2007,p 29et p.30)

Il existe 2 types de douleurs , la douleur aiguë et la douleur chronique.

La douleur aiguë *«[...] relève toujours d'un dégât tissulaire et témoigne de la stimulation nociceptive qu'il provoque [...]»*. Ce type de douleur peut être évalué avec des *«outils simples»* comme *«l'échelle visuelle analogique»* et traité avec des *«antalgiques et/ou des techniques de blocs antalgiques[...]»*. La douleur aiguë est accompagnée de manifestations comme *«l'anxiété et l'angoisse»*. (Metzger, Schwetta, Walter et Muller, 2007,p.32)

La douleur chronique *«[...] peut relever d'une stimulation nociceptive durable, d'une lésion du système nerveux ou d'une psychopathologie[...]»*.A la différence de la douleur aiguë qui est un *«signal d 'alarme»*, la douleur chronique est *« une maladie en soi »*. (Metzger, Schwetta, Walter et Muller, 2007, p.32)

La douleur cancéreuse est fréquemment nociceptive et peut avoir plusieurs étiologie comme *"l'envahissement du tissus osseux"* ou *"des organes creux ou pleins"*, *"la compression de certains organes pleins ou de leurs canaux excréteurs"*, *"la*

compression d'un organe creux" , "la compressions de vaisseaux veineux ou lymphatiques".

La douleur cancéreuse peut être de mécanisme neuropathique mais elle est toujours associée à des douleurs de mécanisme nociceptif dues par exemple aux chimiothérapies (Winckler et Gahagnon,2019, p.424)

La douleur complexe du cancer dépend du type de cancer, de la localisation et de l'étendu. Il est définit trois causes de douleurs cancéreuses.

Les douleurs liées à l'extension tumorale concerne l'évolution du cancer comme les métastases qui peuvent *«irriter des nocicepteurs et des nerfs et détruire des tissus»*. (Metzger, Schwetta, Walteret Muller 2007).

Les douleurs liées aux procédures diagnostiques sont pour la plupart du temps des douleurs aiguës liées à des examens comme les ponctions lombaires ou les biopsies par exemple.(Metzger, Schwetta, Walteret Muller 2007).

Les douleurs liées aux procédures techniques sont par exemple la douleur aiguë postopératoire mais aussi des douleurs chroniques comme des ischémies liées à la radiothérapie (Metzger, Schwetta, Walter et Muller,2007, p.258 à p.259).

«Les cancer et les douleurs qui l'accompagnent ont également des répercussions psychologiques et spirituelles: les personnes qui en sont atteintes éprouvent une grande souffrance morale, de l'anxiété , de la dépression, une perte de l'estime de soi [...]»(Winckler et Gahagnon, 2019 ,p.425). C'est pourquoi le traitement des douleurs cancéreuses doivent comporter un accompagnement psychologique. Cet accompagnement doit permettre aux patients de *«[...] comprendre aussi bien la représentation qu'elle se fait de sa maladie, que la signification de la douleur ou le sens de ce que disent les médecins»*. Un schéma illustre ce qui *«peut être source, ou facteur d'aggravation, de la douleur»*(Winckler et Gahagnon. 2019.p.425) (Annexe n°1)

La prise en charge de la douleur peut se faire à l'aide des techniques non médicamenteuses ou *pratiques psychocorporelles* en parallèle ces techniques médicamenteuses. L'hypnose est une de ses techniques non médicamenteuses, elle agit sur:

" [...] la composante sensorielle de la douleur ainsi que sur sa composante émotionnelle, permettant de réduire l'angoisse liée à celle-ci.[...] Quelle que soit la situation douloureuse, les aspects sensoriels et émotionnels sont donc à prendre en compte en même temps. " (Célestin-Lhopiteau 2014, p.1)

D'après toutes mes précédentes recherches théoriques je peux en conclure que la douleur est à la fois physique et émotionnelle. Je souhaite alors comprendre quel est le lien direct entre la douleur et l'anxiété .

Lien entre douleur et anxiété

Après avoir développé ces deux concepts, je souhaite dans cette partie développer l'action que l'un a sur l'autre afin de comprendre précisément ma situation de départ. D'après la définition de la douleur, *«elle engendre des émotions et les émotions peuvent augmenter, diminuer ou provoquer la douleur. L'une agit sur l'autre.»* (Winckler, M. et Gahagnon, A. 2019, p25 et p26) . Le fait qu'un patient ressent des douleurs va lui créer de l'anxiété. Cette anxiété va faire focaliser le patient sur la douleur et augmenter l'inquiétude (Bassan, Conradi et Brennstuhl,2018, p28).

C'est exactement ce qu'il s'est passé pour Mme D dans ma situation d'appel. En effet au fil de la nuit j'ai remarqué que l'anxiété a augmenté autant que les manifestations de la douleur. L'un potentialisait l'autre.

Pour contrer ce cercle vicieux nous pouvons utiliser les techniques non médicamenteuses qui ont un effet sur la douleur. Il a été prouvé que *«[...] le fait de "s'occuper l'esprit" a également pour vertu de diminuer la sensation de douleur »* (Winckler et Gahagnon, 2019, p.86). Les techniques non médicamenteuses permettent de donner le sentiment aux patients de gérer la douleur et l'anxiété (Ménard, 2014, p.251).

Ce paragraphe théorique permet de comprendre pourquoi l'IDE a décidé de mettre en place une technique non médicamenteuse dans ma situation d'appel.

Voyons maintenant ce en quoi consistent exactement les techniques non médicamenteuses et les différentes sortes existantes.

Les techniques non médicamenteuses

Les techniques non médicamenteuses «[...] attirent un grand nombre de patients anxieux.[...]il existe une vaste littérature démontrant l'efficacité des traitements reposant sur des méthodes de relaxation ou de méditation» (Borgeat, et Zullino, 2004, p9)

Les techniques non médicamenteuses sont complémentaires des techniques médicamenteuses, ce tandem est primordial pour une prise en charge complète (Célestin-Lhopiteau,2014, p.1). les techniques non médicamenteuses ont fait leur preuve pour les patients et les professionnels de santé. Il y a deux catégories de techniques non médicamenteuses: les «traitements physiques» comme «les massages, la kinésithérapies, la physiothérapie, [...] la balnéothérapie et les"méthodes psychocorporelles ou comportementales» qui comportent «hypnose, relaxation, sophrologie» (Ministère de la Santé et des Solidarités , 2006, p.26).

Il existe 4 grands types d'approches :

-La psychothérapie cognitivo-comportementales : Cette prise en soin serait la plus efficace , d'après de nombreuses études, elle permettrait de réduire l'anxiété sur le plan somatique , psychologique ainsi que sur la qualité de vie. Elle permet une approche focalisée sur «*les symptômes anxieux dans l'ici et maintenant*» ce qui aide le patient à retrouver le «*sentiment de contrôle[...] sur ses symptômes et sur son état global*». Le patient qui reçoit cette thérapie doit participer activement et peut, s'il le souhaite, s'en servir en dehors des séances s'il en éprouve le besoin. Cette catégorie regroupe «*relaxation, imagination, visualisation, confrontation cognitive*» (AFSOS,2014)

-La Psycho-éducation: Cette technique repose sur «*l'information et l'éducation sur la maladie tumorale et sur les traitements*». Elle part du principe que si le patient est instruit cela permet de réduire l'anxiété liée à la maladie et aux traitements. (AFSOS,2014)

-La psychothérapies verbales : Il y a deux sortes de psychothérapies verbales. Premièrement les «*thérapies de crise*» qui sont utilisées au cours du traitement ou lors de «*la phase initiale de la période de rémission*». Deuxièmement les thérapies qui sont utilisées pour les troubles anxieux chroniques, la prise en soins repose sur une psychothérapie de fond, il est possible de faire appel aux «centre médicaux psychologique, Réseaux de soins, Espace Ressource Cancer [..]». (AFSOS,2014)

-L' approches psychocorporelles : «*En particulier la relaxation et l'hypnose*». Ces approches ont montré leur efficacité, «*très appréciées par de nombreux patients, en particulier ceux qui sont réticents aux approches verbales, mais peuvent leur être très complémentaires*». Elles donnent le sentiment aux patient de retrouver «*le contrôle de ses émotions*». (AFSOS,2014)

A l'aide de ce cheminement de recherche théorique, je vais pouvoir réaliser l'exploration empirique de mon travail de recherche.

3. Exploration empirique

L'exploration empirique correspond à la réalisation et à l'utilisation de mon outil de recherche. Une fois utilisé il me permettra de comparer les notions entre les apports théoriques appris avec ma recherche conceptuelle et les entretiens avec les IDE. Cela me permettra d'analyser ou non un écart entre théorie et terrain.

3.1. Choix de l'outil

La méthode que j'utiliserai pour la phase d'exploration empirique est l'approche qualitative à l'aide d'entretiens. Ils ont pour objectifs de recueillir des informations auprès de professionnels de santé dans le but de les analyser par la suite en croisant les informations. A la vue de mon objectif de recherche, c'est la méthode qui me permettra de répondre à mes interrogations. Les entretiens permettent d'échanger, avec les professionnels sur leurs pratiques. Je pourrai guider l'entretien tout en laissant s'exprimer les professionnels. Ces entretiens me permettront de comprendre s'il y a une différence entre mes recherches théoriques et la mise en pratique sur le terrain. Pour moi, il n'est pas envisageable de choisir un questionnaire ce serait imprécis et non formateur.

3.2. Choix de la population interrogée

Pour des échanges de qualité, je décide d'interroger des IDE travaillant dans différents services de cancérologie. Comme critères d'inclusion, je décide d'interroger 3 IDE qui ont eu une formation en thérapies non médicamenteuses et 3 IDE qui n'ont pas de formation supplémentaire dans le but de comparer les prises en soins. Ces critères d'inclusions vont me permettre de comprendre la différence de mise en pratique des infirmières concernant la douleur, l'anxiété et les thérapies non médicamenteuses. Je souhaite comparer les différences entre les professionnels, un groupe ayant reçu une formation supplémentaire et le second groupe n'ayant pas reçu de formation afin de comparer les prises en charges mises en place dans des situations similaires. Par exemple, cela va me permettre de vérifier si une infirmière avec une formation complémentaire a plus facilement recours ou non à des techniques non médicamenteuses.

3.3. Choix des structures

Puisque ma population cible ainsi que tous mes apports théoriques sont liés à la cancérologie, je décide d'interroger des IDE de deux services d'oncologie différents, dans deux villes différentes. Dans le but de comparer les modes de prise en soins. Je souhaite vérifier si la prise en charge est similaire dans un établissement spécialisé en cancérologie et dans un service d'oncologie. Ce choix me permettra de comparer parfaitement mes apports théoriques et les idées des IDE.

3.4. Éthique de la recherche

J'utiliserai les principes d'Helsinki (volontariat et respect des personnes) pour les principes éthiques. Puis je respecterai les règles déontologiques en mettant en pratique le principe du respect de l'anonymat, le respect des personnes, le respect de l'indépendance, de l'impartialité et de l'intégrité.

3.5. Construction de l'outil

Les questions posées sont regroupées par thème pour me permettre de les analyser par la suite. (annexe 3)

- Analyser l'impact de l'expérience sur la prise en soins: Depuis combien de temps travaillez vous dans ce service ?
- Identifier les représentations des infirmières sur la douleur:

-Pour vous, qu'est ce qui définit la douleur ?

-D'après vous, qu'est ce qui peut avoir un impact sur la douleur ?

-Pensez vous qu'il y ait un lien entre la douleur et l'anxiété ?

-Comment distinguer la douleur physique et la douleur induite par l'anxiété ?

- Repérer les pratiques des soignants:

- Utilisez vous une échelle pour évaluer le degré d'anxiété des patients ?

- Quels sont les techniques que vous utilisez pour réduire l'anxiété des patients douloureux ?

- Impact des formations sur les prises en soins:
 - Avez-vous une formation spécifique en lien avec les thérapeutiques non médicamenteuses ?
- Utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses sur l'échantillon interrogé:
 - Utilisez vous des thérapeutiques non médicamenteuses ?
 - Si oui lesquelles et à quelle fréquence ?
- Bénéfice des techniques non médicamenteuses:
 - Quels sont les bénéfices des thérapeutiques non médicamenteuses pour les patients selon vous ?

3.6. Diffusion de l'outil

Une première demande a été faite le 13 juillet pour interroger 3 IDE dans un établissement spécialisé en cancérologie . Une deuxième a été faite le 16 juillet pour 3 autres entretiens dans un service d'oncologie. Après diffusion de la trame d'entretien semi directif (annexe 3) auprès des équipes respectives j'ai débuté les rencontres avec les professionnels début août. Ils se sont rendu disponible pour y répondre durant trente minute environs. (annexe 2)

4. Résultats

Pour réaliser ces entretiens, trois se sont déroulés dans l'établissement A et trois se sont déroulés dans l'établissement B. Les IDE seront nommées de n°1 à n°6 pour garantir l'anonymat. Les IDE numéro 1 à numéro 3 ont été interrogées dans l'établissement A qui est un service d'oncologie d'une ville et les infirmières de 4 à 6 dans l'établissement B qui travaillent dans un établissement spécialisé en cancérologie dans une autre ville.

Le premier thème que je vais développer concerne les représentations de la douleur des IDE. Au regard des entretiens toutes sont unanimes sur le fait que la douleur a un aspect physique et morale «*la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes*»(IASP).

Toutes ont évoqué la composante émotionnelle de la douleur, certaines la nomment douleur psychologique, d'autres douleur morale et deux autres la nomment douleur émotionnelle. Quatre infirmières sur six (IDE n°1/ 2/ 3/ 5) évoquent la composante cognitive de la douleur et mettent en avant que la douleur des patients est très personnelle *«c'est en fonction des patients»* (IDE n°1). C'est aussi une composante qui dépend de la personnalité, de la religion et des représentations personnelles.

Une seule IDE (IDE n° 4) a évoqué la composante comportementale *« Elle peut se manifester de différente façon [...] verbalement [...] non verbale avec des mimiques, des positions. Pour les patients non communicants ça peut se manifester par des attitudes et des comportements.»*(IDE n°4)

Une IDE (IDE n°3) a cité la composante sensorio-discriminative *«c'est pour ça que constamment j'évalue la douleur»* (IDE n° 3) .

Toutes sont d'accord pour dire qu'il existe un lien réel entre la douleur et l'anxiété. L'un agit sur l'autre et inversement. L'une des infirmières (IDE n°3) l'image: *«c'est le serpent qui se mord la queue»* IDE n°3) . C'est une idée que j'ai développée dans ma partie théorie *«elle engendre des émotions et les émotions peuvent augmenter, diminuer ou provoquer la douleur. L'une agit sur l'autre.»* (Winckler et Gahagnon, 2019).

Nous savons que les patients sont plus anxieux lors d'hospitalisation (Paillard, 2018) . Mais, je n'avais pas pris la mesure de l'implication des soignants dans l'émergence de l'anxiété. Pour 4 IDE (IDE n°1/2/4/5) l'anxiété des patients pourraient être dues à l'annonce d'une information ou au contraire à la non information ou encore à un geste réalisé. *«si on n'explique pas les choses aux patients ça peut engendrer de l'anxiété et donc majorer la douleur »* (IDE n°2) .

Le second thème abordé concerne les pratiques soignantes. D'après les infirmières interrogées plusieurs techniques sont utilisées pour déterminer si c'est une douleur physique ou une douleur induite par l'anxiété.

Dans ma partie théorie j'avais abordé le fait qu'il était difficile de les différencier puisque le cerveau peut agir sur l'intensité de la douleur *«quand on souffre*

physiquement, il est parfois difficile de faire le lien entre la douleur (un symptôme physique) et les difficultés personnelles, familiales, professionnelles en cours ou passées qui, elles, se traduisent par de l'anxiété, du stress, de la dépression (symptômes psychiques)». (Winckler et Gahagnon,2019) . Pour les distinguer deux infirmières (IDE n° 4/5) utilisent des échelles . Les échelles algoplus, ECPA et doloplus ont été citées. Aucune échelle pour évaluer l'anxiété n'a été citée par les IDE. D'après mes recherches théoriques, il est possible d'évaluer l'anxiété avec des échelles comme l'HADS, l'échelle de STAI et l'échelle HAM-A.

Les professionnels interrogés utilisent tous leurs expériences pour les différencier. Trois IDE sur six expliquent réussir à différencier les deux car ils reçoivent des patients chroniques ce qui faciliterait la distinction. *« c'est des patients chronique on les connaît on sait comment ils fonctionnent [...]»*(IDE n°1), *«c'est extrêmement difficile. Mais j'arrive à différencier car je reçois des patients chronique»* (IDE n°4). Quatre IDE (IDE n°1/2/4/6) expliquent faire la différence à l'aide des signes cliniques. *«la douleur physique c'est souvent au faciès on le ressent [...] Il y a les traits marqués, ça fronce des sourcils , souvent des patients gémissent de douleur»* (IDE n°1) . Deux IDE (IDE n° 1/4) posent des questions aux patients pour faire préciser le type de douleur. Trois IDE (IDE n°1/2/3) observent les comportements des patients . *«Avec l'expérience on arrive à savoir. Il faut le sens de l'observation. C'est pas la même douleur ni les mêmes manifestations»* (IDE n°3). Deux IDE (n°IDE 3/5) disent ne pas les différencier dans leur prise en soins.

Pour réduire l'anxiété des patients tous les professionnels interrogés utilisent des techniques non médicamenteuses dans leur pratique au quotidien. Dans ma partie théorique, j'avais expliqué que les techniques non médicamenteuses étaient complémentaires avec les techniques médicamenteuses (Célestin-Lhopiteau,2014, p.1) et qu'elles permettaient aux patient de reprendre le contrôle sur sa santé (AFSOS,2014,p.18).

Toutes les IDE utilisent la psychothérapie verbale via la relation d'aide, la communication, l'écoute, la présence et l'empathie. Quatre IDE sur six (IDE n°1/2/3/6) ont recours à la psycho-éducation *«Dès l'accueil,il faut donner toutes les informations*

en fonction de sa pathologie. Puisque l'anxiété a un impact sur la douleur si on favorise un bon échange dès le début ça minimise l'anxiété et donc la douleur» (IDE n°2) . Un patient informé est moins sujet aux troubles anxieux (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support,2014, p22 à p25) «[...] donc il faut être à l'écoute et essayer d'apporter les réponses pour ne pas engendrer de l'anxiété. [...]» (IDE n°6) .

L'approche psychocorporelle est pratiquée par quatre IDE sur six (IDE n° 3/4/5/6) . La relaxation, l'hypnose, le toucher relationnel, les massages, les exercices de respirations sont exploités par ces IDE. D'après mes recherches elles donnent le sentiment aux patient de retrouver "*le contrôle de ses émotions*" (AFSOS, 2014, p.18) .

Deux infirmières (IDE n°4/6) ont utilisé l'approche cognitivo comportementale en mettant en place la relaxation.

Pour les six IDE le fait d'avoir recours à des techniques non médicamenteuses permet de prendre en compte le patient et d'avoir une prise en soin personnalisée *«les techniques non médicamenteuses sont plus adaptées aux patients que donner un simple médicament. C'est vraiment prendre en compte la personne» (IDE n° 2).*Cette relation privilégiée permettrait à l'avenir de diminuer plus facilement l'anxiété pour l'IDE 1/2 et 4.

Pour 4 IDE (IDE n°1/2/3/6) les techniques non médicamenteuses permettraient d'éviter de dispenser des traitements médicamenteux ce qui rassurerait les patients. *«les patients sont de plus en plus méfiant vis-à-vis des traitements chimiques» (IDE n°3).*

Pour une IDE (n°2) proposer des techniques non médicamenteuses permet d'éviter les risques iatrogènes liés aux médicaments ainsi que les difficultés liées à la prise de ceux-ci *«[...] éviter la pénibilité induite par la prise entérale, par exemples les fausses routes, les difficultés à déglutir et la baisse de la vigilance ou la prise parentérale comme le risque infectieux» (IDE n°2) .*

Les IDE n°3 , n° 4, n°5 sont celles qui ont le plus d'ancienneté, ce sont également celles qui ont des formations spécifiques en lien avec les techniques non médicamenteuses. Cette notion montre dans le cadre de ma recherche pour ces 6 infirmières que l'ancienneté et la formation sont étroitement liées.

Pour résumer dans chaque thème traité, les infirmières m'ont amené des notions non explorées dans ma théorie. Concernant les représentations, les soignants auraient un rôle dans l'apparition de l'anxiété. Pour ce qui est des pratiques soignantes, elle utilisent leur expériences professionnelles pour observer les patients ce qui leur permet de repérer les signes cliniques en faveur d'une douleur physique ou la douleur induite par l'anxiété. Le fait de recevoir des patients chroniques serait aussi un déterminant à prendre en compte. La communication serait un outils prévalent pour différencier les deux types de douleurs et ainsi permettrait de diminuer l'anxiété des patients. Quant aux bénéfices des techniques non médicamenteuses elles seraient très utiles car les patients seraient de plus en plus méfiants vis-à-vis des traitements médicamenteux. Et celles-ci éviteraient les risques iatrogène dus aux traitements médicamenteux.

Ces entretiens m'ont permis de répondre partiellement à ma question de départ qui est **«En quoi les techniques non médicamenteuses exercées par l'IDE peuvent soulager l'anxiété chez les patients douloureux en oncologie ?»**

Toutes les infirmières interrogées sont d'accord pour dire que les techniques non médicamenteuses soulagent l'anxiété chez les patients douloureux. Cela s'explique par le fait qu'elles permettent aux patients de contrôler leurs émotions. Pour les professionnels, l'utilisation de ces techniques permettrait une prise en soin adaptée à chaque personne. D'ailleurs elles les utilisent quotidiennement ce qui prouve leur intérêts et leur efficacités. Les IDE utilisent différentes approches pour soulager les patients comme l'approche psycho-corporelle, la psychothérapie verbale, la psycho-éducation et l'approche cognitivo-comportementale. Les techniques les plus utilisées par ces IDE sont la relaxation, l'hypnose, le toucher relationnel, les massages, les exercices de respiration, la relation d'aide, l'écoute, la présence ou encore l'empathie.

Néanmoins, l'utilisation des techniques non médicamenteuses pour soulager l'anxiété des patients douloureux est subjective. En effet il n'existe pas de moyen qui permet d'évaluer l'efficacité de ces techniques. Nous ne pouvons donc pas certifier que telle ou telle technique fonctionnera sur tous les patients d'où l'importance d'une prise

en charge personnalisée. D'après mes entretiens les techniques non médicamenteuses seraient intimement liées aux techniques de communication.

Conclusion

La douleur et l'anxiété sont omniprésentes dans notre profession, c'est pourquoi ce travail de recherche me sera utile dans ma future pratique professionnelle. Ce travail est le fruit de plusieurs mois de travail qui m'ont permis de développer mes capacités d'analyse et de réflexion qui seront elles aussi essentielles pour développer mon identité professionnelle. En effet la remise en question permet de se réévaluer et de perpétuellement se remettre à jour. Comme l'a si bien dit Georges Clemenceau *«la vérité d'aujourd'hui peut avoir été l'erreur d'hier et peut devenir par l'accroissement de la connaissance, l'erreur de demain»* (Le monde. Citations. <https://dicocitations.lemonde.fr/citations/citation-119486.php>)

Les entretiens menés auprès des infirmières m'ont permis de faire de nouveaux liens. En effet, les techniques non médicamenteuses permettent de mettre en place des techniques de communication et plus particulièrement les soins relationnels. C'est ce qui m'amène à me poser une nouvelle question de recherche: **En quoi l'utilisation des soins relationnels par l'IDE permettent de soulager l'anxiété des patients douloureux en oncologie?** Cette nouvelle question de recherche me permettra de continuer mon travail en l'axant sur l'importance de la communication, plus particulièrement les soins relationnels. Cette ouverture me sera utile au quotidien dans ma pratique professionnelle. En effet, celle-ci est primordiale pour avoir une relation soignant-soigné de qualité.

Bibliographie

- Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. (2014). *Psycho-oncologie : anxiété et troubles anxieux en cancérologie*. <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/anxiete-troubles-anxieux-cancerologie/>
- Bassan, F., Conradi, S. et Brennstuhl, M. (2018). *Chapitre 1. Les paradigmes de la douleur*. Dans : Marie-Jo Brennstuhl éd., *Prendre en charge la douleur chronique: Avec les thérapies non médicamenteuses*. 14-39 <https://www.cairn.info/prendre-en-charge-la-douleur-chronique---page-14.htm>
- Borgeat, F. et Zullino, D. (2004). Quelques questions fréquentes ou non résolues concernant l'anxiété et les troubles anxieux. *Santé mentale au Québec*, 29 (1), 9–22. <https://doi-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/10.7202/008816ar>
- Bouhassira, D et Inserm (2016) *Douleur*. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur#>
- BRUNOT, A.C et SARTORI, C «prise en charge de patient en soins palliatifs, analyse des symptômes gênants, prise en charge de la douleur, les différentes techniques » Cours 4.7 semestre 5
- Carpentino-Moyet, L.J. (2012) *Manuel De Diagnostics Infirmiers* (13ème éd) Masson
- Célestin-Lhopiteau, I, et Bioy, A (2014). *Introduction*. Dans : Isabelle Célestin-Lhopiteau (dir.), *Hypnoalgésie et hypnosédation: En 43 notions* (p. 1-). Dunod.
- Christine, P . (2018), *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (4e éd) SETES
- Formavenir.(2016) Livret pédagogique, *démarche palliative & accompagnement des patients*
- Gillet, P (2014) *La place des pratiques psychocorporelles en santé au travail*. Soins 59 (787), 27-29 <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/907794>
- Haute Autorité de Santé (2014). *Manuel de certification des établissements de santé* . https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
- Ministère des affaires sociales et de la santé formations des professions de santé ; *profession infirmier ; recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession SEDI*
- Ménard, A. (2014). *Hypnoalgésie et gestion du stress et de l'anxiété*. Dans : Isabelle Célestin-Lhopiteau, *Hypnoalgésie et hypnosédation: En 43 notions* . Dunod.
- Metzger, C., Schwetta, M., Walter, C., et Muller, A. (2007). *Soins infirmiers et douleur* (3e éd.). Masson
- Ministre des affaires sociales et de la santé, *profession infirmier*. SEDI

Ministère des affaires sociales et de l'emploi (1986) , *circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale p-1*
<http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>

Ministère de la santé et des solidarités . (2006). *Usager, vos droit charte de la personne hospitalisée* p.5 . https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.p

Ministère de la Santé et des Solidarités . (2006). *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.* p26
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

Moriceau, M. (2006). *La douleur du patient atteint de cancer : du diagnostic de la récidence au traitement adapté.* InfoKara, vol. 21

Monique, R (2018) *Place des pratiques psychocorporelles et définitions.* Elsevier
<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiinfirmier/place-des-pratiques-psychocorporelles-et-definitions>

Nègre, I., et Beloeil, H. (2015). *mémo douleur* (2^e éd.). Montrouge : arnette édition John Libbery eurotext

Philippin, Y. (2009). *Thérapie cognitive comportementale en soins palliatifs.* Vol. 24 InfoKara,

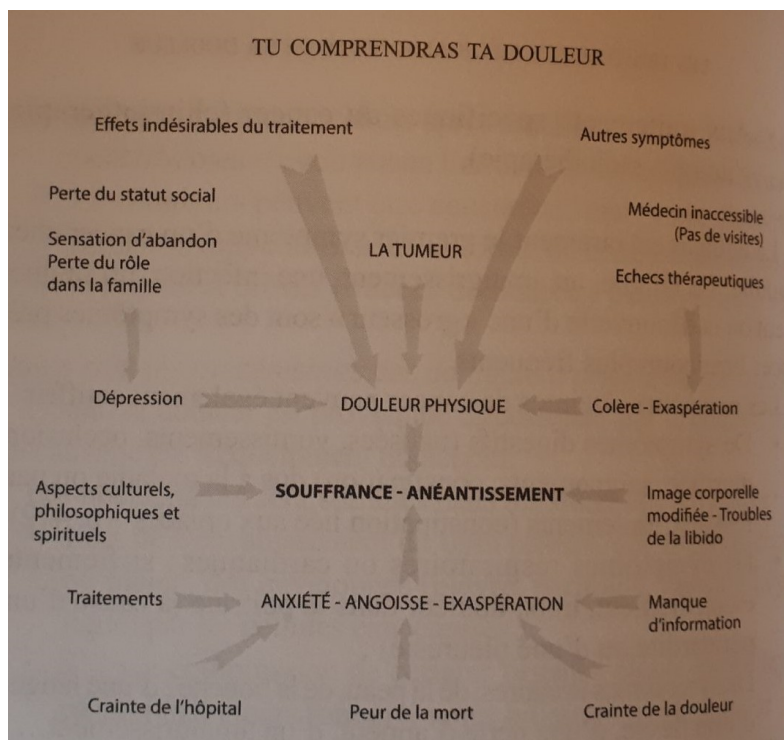
SFETD, *livre blanc de la douleur* (2017)- *Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen,* Med-Line

Sudrial, J. et Combes, X. (2015) *prise en charge de la douleur aux urgences* SRLF et Lavoisier SAS

Winckler, M. et Gahagnon, A. (2019) *tu comprendra ta douleur* fayard

ANNEXES

Annexe 1



Annexe 2

Mélanie Courtin
9 rue jean baptiste dumas
88150 Thaon-Les-Vosges
06.46.73.02.38
Promotion 2018/2021
melanie.courtin20182021@gmail.com

Madame X
Service X

le 13 juillet 2020

Objet: Demande d'entretiens dans le cadre de mon travail de fin d'étude

Madame X,

Dans le cadre de mes études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Épinal, un travail de fin d'étude m'a été demandé.

Pour mener à bien ce travail, je souhaiterais interroger 4 infirmières travaillant en service d'oncologie. Pour me permettre d'analyser les entretiens j'ai besoin de rencontrer 2 infirmières qui ont bénéficié d'une formation spécifique en lien avec les thérapies non médicamenteuses et 2 infirmières qui ne sont pas spécialisées. En effet mon travail a pour question de départ « En quoi les techniques non médicamenteuses exercées par l'infirmière peuvent soulager l'anxiété chez les patients douloureux en oncologie ? »

Je vous joins la trame d'enquête qui guidera mes entretiens. Ceux-ci auront une durée de 30 à 45 minutes par infirmière et seront faits dans le respect de l'anonymat de chacun.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma requête, je vous présente, Madame X, mes salutations distinguées.

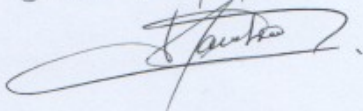
Mélanie Courtin

Annexe 3

COURTIN MELANIE

TRAME D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF :

- Depuis combien de temps travaillez vous dans ce service ?
- Pour vous qu'est ce qui définit la douleur ?
- D'après vous qu'est ce qui peut avoir un impact sur la douleur ?
- Pensez vous qu'il y ait un lien entre la douleur et l'anxiété ?
- Comment distinguer la douleur physique de la douleur induite par l'anxiété ?
- Utilisez vous une échelle pour évaluer le degré d'anxiété des patients ?
- Quels sont les techniques que vous utilisez pour réduire l'anxiété des patients douloureux ?
- Avez vous une formation spécifique en lien avec les thérapeutiques non médicamenteuses ?
- Utilisez vous des thérapeutiques non médicamenteuses ?
- Si oui lesquelles et à quelle fréquence ?
- Quels sont les bénéfices des thérapeutiques non médicamenteuses pour les patients selon vous ?

Trame d'Entretien semi-directif
Validée le Vendredi 20 Mars 2020.
Dr. FIANBETTI Claudie
Directrice de l'opéra


Annexe 4

Questions	Réponses
1) Depuis combien de temps travaillez vous dans ce service ?	N° 1: 3 mois
	N°2: 5 ans
	N°3: 15 ans
	N°4 11 ans
	N°5 8 ans
	N°6 6 ans
2) Pour vous qu'est ce qui définit la douleur?	N°1 Ici la douleur, ça définit plein de choses. La douleur ça peut être tout et rien. c'est en fonction des patients en fait. La douleur c'est un mal-être qui s'installe qui peut être dû à une mobilisation ou non . C'est beaucoup la douleur et c'est rien en même temps je dirais . C'est spécifique au patient en fait. Il y a des patients qui peuvent avoir des douleurs psychologiques et physiques et d'autres qui peuvent avoir un mal-être ou une douleur énorme et qui, pour eux, ça ira en fonction aussi de leur religion et de leur façon d'accepter en fait le mal donc c est vraiment spécifique à chaque patient et c'est compliqué à définir la douleur.
	N°2 Alors c'est un excès de nociception. Il y a la douleur morale et la douleur physique. Et il y a aussi la douleur chronique et la douleur aiguë
	N°3 Déjà il y a la définition de l'OMS qui me vient direct à l'esprit. Donc c'est une expérience désagréable, c'est très personnel en tout cas. Il y a différentes douleurs comme la douleur morale et la douleur physique. Il existe des paliers de douleur aussi comme tu dois le savoir. La douleur est

	<p>un pan inévitable et incontournable dans la prise en charge surtout en oncologie. C'est un aspect important de la prise en charge, j'essaie d'y prêter attention le plus possible. D'ailleurs c'est pour ça que constamment j'évalue la douleur des patients et ça plusieurs fois par jour et de manière systématique</p>
	<p>N°4 C'est une perception physique ou morale ou psychologique. Elle peut se manifester de différentes façons. Elle peut être exprimée verbalement par le patient mais aussi de façon non verbale avec des mimiques, des positions. Pour les patients non communicants ça peut se manifester par des attitudes et des comportements.</p>
	<p>N°5 C'est une sensation désagréable qui peut être mécanique et qui est provoquée par quelque chose ou qui est neuropathique ou psychologique.</p>
	<p>N°6 La douleur c'est une expérience sensorielle et émotionnelle. C'est avant tout propre à chacun. Il existe la douleur chronique et la douleur aiguë. La douleur c'est plusieurs chose: c'est la douleur physique mais aussi la douleur psychique qui est tout aussi importante. Il y a différents types de douleurs par exemple la douleur neuropathique.</p>
<p>3) D'après vous qu'est ce qui peut avoir un impact sur la douleur ?</p>	<p>N°1 Plein de choses impactent sur la douleur. Ça peut être un geste par exemple une prise de sang ou autre chose. Ça peut générer une douleur. ça peut-être une douleur psychique, ça peut-être une annonce qu'on dit à un patient et qui peut faire office de douleur. Ça peut être plein de choses la douleur rien que l'annonce des fois d'un diagnostic, ça peut être une douleur qui n'est pas physique mais psychique. La douleur c'est assez vaste parce que tu ne sais pas si c'est une douleur physique ou psychique.</p>
	<p>N°2 Alors ce qui peut avoir un impact par exemple je pense à un cas, on peut dire la non information sur une douleur aiguë. Si on explique pas les choses aux patients ça peut engendrer de l'anxiété et donc majorer la douleur.</p>
	<p>N°3 ça dépend de la douleur qu'a le patient. Mais un patient anxiogène</p>

	<p>peut avoir un aspect de la douleur exacerbée. L'anxiété peut avoir un impact sur la douleur aiguë et sur la douleur chronique. Ca va dépendre aussi de la représentation que le patient se fait de sa douleur. C'est très personnel</p>
	<p>N°4 Il peut y avoir une douleur induite par un geste invasif mais pas que. Même les soins de bases peuvent l'induire. Je pense par exemple à une mobilisation, mais d'ailleurs tous les gestes de la vie quotidienne, manger, dormir, se mouvoir. Tout peut provoquer de la douleur en fait.</p>
	<p>N°5 Le moral du patient c'est certain que ça induit la douleur. Mais on a un impact sur ça aussi parce que la façon de les prendre en charge peut favoriser le bien être ou non. Si on n'apporte pas les réponses clairement ou qu'on fait les choses sans les dire ça ne peut que créer du malaise, de l'inquiétude et de l'anxiété. ça peut concerner par exemple le 1er examen ou la 1ère hospitalisation. Ca me fait penser à une situation. Une dame venait pour la 1ère fois faire ses marquages pour la radiothérapie, elle pleurait car elle pensait que c'était des vraies tatouages indélébiles. C'est pour ça que je demande toujours les raisons des pleurs.</p>
	<p>N°6 Je pense qu'il y a plein de choses. Déjà l'environnement si la personne à l'habitude ou non du milieu hospitalier et ce qu'elle y associe. La personnalité aussi de la personne, parce que des personnes ont tendance à paniquer plus vite que d'autre et à l'inverse d'autre son très zen voir dans le déni des fois. Je pense aussi que le stade de la pathologie influe car quand c'est aiguë c'est l'inconnu quand c'est chronique ils savent à quoi s'attendre. Les patients chroniques connaissent mieux leur pathologie que n'importe qui. Donc il y a aussi l'inconnu en général qui influence car ça fait naître de l'anxiété tout ça. Il y a aussi la façon dont le patient voit sa douleur si ça l'inquiète ou non ça va le faire paniquer et lui donner de l'anxiété. Et dans la même idée on a l'importance que le patient apporte à sa douleur et les conséquences comme par exemple l'impotence fonctionnel ou l'incapacité à travailler. Plein de choses</p>

	peuvent avoir un impact sur la douleur en fait.
4) Pensez vous qu'il y ait un lien entre la douleur et l'anxiété ?	N°1 Il peut oui. Pas forcément à chaque fois mais c'est vrai que nous on remarque ici que quand il y a une personne qui est anxieuse généralement elle est plus douloureuse. Donc on le remarque assez régulièrement et pareil l'effet inverse une personne qui a mal généralement elle devient anxieuse. Il y a un véritable lien entre les deux et je trouve que l'un ne va pas sans l'autre en fait si l'un est soigné l'autre va mieux et inversement.
	N°2 oui car l'anxiété est une information . C'est la traduction de son cancer par une sensation . C'est complètement lié oui et dans l'autre sens aussi la douleur peut exacerber l'anxiété et l'anxiété peut exacerber la douleur .
	N°3 Oui mais pas à chaque fois. Mais un lien peut se faire. la douleur peut être anxiogène comme l'anxiété peut avoir un impact sur le ressenti de la douleur. La douleur a un impact sur différents points de la personne comme le sommeil et l'alimentation et cela va avoir un impact sur l'humeur. Pour moi ça peut être un cercle vicieux. C'est le serpent qui se mord la queue.
	N°4 Oui il y a un lien évident qui va dans les deux sens. L'anxiété trop accrue peut augmenter la douleur. Je vois souvent ça dans ma profession
	N°5 Oui il y a un lien entre la douleur et l'anxiété puisqu'il y a une particularité de la douleur qui est la douleur psychologique et qui est liée. Toutes les perceptions désagréables donc l'anxiété en fait partie. Quelqu'un qui va être anxieux, sa douleur va être majorée parceque la situation va être plus compliquée à accepter. Donc ça va aussi participer au fait que la douleur va être plus prédominante
	N°6 Oui car la douleur provoque des émotions. La douleur peut provoquer de l'anxiété et inversement. C'est clair, il y a un lien incontestable entre les deux. Je le rencontre souvent en service. Plus le patient est anxieux plus il a mal oui.

<p>5) Comment distinguer la douleur physique à la douleur induite par l'anxiété ?</p>	<p>N°1 La douleur physique, souvent, c'est vraiment au niveau du faciès on le ressent mais c'est flagrant en fait .Il y a les traits qui sont marqués, ça fronce des sourcils, souvent les patients gémissent de douleur. Et l'anxiété ça se présente différemment parce que souvent on arrive à leur demander «vous avez mal parce que vous êtes anxieux?». Et nous, on pose les mots ici on demande vraiment, on sépare bien les deux et les patients nous disent oui oui c'est parce que j'appréhende la chimio ou j'appréhende le geste que vous allez faire ou autre. Ici souvent les patients sont anxieux d'avoir mal quand on pique dans le PAC donc on arrive à dompter entre guillemet cette douleur et cette anxiété avec par exemple les patches d'Emla ou autre et ça fonctionne bien . Donc c'est vrai qu'on arrive à distinguer les deux clairement on leur pose la question et généralement les patients arrivent à nous répondre et à distinguer. Sauf par exemple, là on a une patiente qui est en fin de vie on arrive quand même nous à distinguer parce qu'on la connaît. C'est des patients chroniques on les connaît. on sait comment ils fonctionnent. Et cette dame, on sait quand elle a mal et quand elle est anxieuse parce que ça se présente différemment. Quand elle a mal elle fait «aie aie aie aie» et quand elle est hyper anxieuse elle parle, elle parle, elle parle, elle parle, elle parle, elle parle et elle parle. Donc même si on est pas dans la chambre elle peut parler elle va nous dire qu'elle parle avec des gens dans la chambre et là on sait que c'est le moment ou l'anxiété reprend le dessus. Et là, on arrive à traiter et c'est vrai qu'on a de la chance d'avoir des patients chroniques et du coup on les connaît en fait.</p>
	<p>N°2 la douleur induite par l'anxiété est beaucoup plus complexe que la douleur physique. Pour la douleur physique on peut s'aider d'échelle pour l'évaluer et on va pouvoir adapter le traitement avec différents niveau antalgique. Alors que la douleur induite par l'anxiété c'est complexe car il n'y a pas de réponse précise. Il va falloir se questionner à chaque fois par</p>

	<p>rapport à la personne. Parce que l'anxiété n'est pas vécu de la même façon pour tout le monde. On maîtrise moins celle induite par l'anxiété .</p>
	<p>N°3 Je ne fais pas forcément la différence entre les deux. Dans la prise en charge ça revient au même. Elle sera le même au bout du compte, le patient est quand même douloureux . Une douleur physique peut occasionner de l'anxiété c'est souvent intrinsèquement lié donc il est forcé d'avoir une prise en charge individuel.</p>
	<p>N°4 C'est extrêmement difficile. Mais j'arrive à différencier car je reçois des patients chroniques. Il faut savoir adapter son attitude, écouter le patient et ne jamais minimiser la douleur. Il faut poser des questions aux patients pour préciser la douleur comme le type et la localisation. Elles peuvent être distinguées à l'aide d'une bonne connaissance du patient et de sa maladie.</p>
	<p>N°5 Généralement on prend en compte les deux. Disons qu'on traite les deux on la dissocie pas tant ou va pas dire non c'est de l'anxiété du coup on va pas traiter la douleur . On va traiter tous les aspects , donc une personne qui est anxieuse et qui est douloureuse on va travailler sur les deux. Quand on va agir sur l'anxiété. Il va y avoir beaucoup de réassurance de soutiens psychologique beaucoup de relation d'aide et on va agir sur la douleur. Mais généralement en cancérologie c'est un peu particulier on dissocie pas les deux on traite les 2 parce qu'ils sont intimement liés en cancérologie les gens sont très anxieux très fatigués très déprimés.</p>
	<p>N°6 On fait la différence en recueillant les signes cliniques. Ou alors on peut faire préciser le type de douleur. De toute façon, il faut écouter les patients. Mais après nous, ici, c'est plus simple parce que c'est des patients chroniques. Mais sinon il faut prendre en considération toutes les informations en lien avec le patient c'est à dire l'environnement, la pathologie du patient, la connaissance du milieu hospitalier et de la</p>

	pathologie)
6) utilisez vous une échelle pour évaluer le degré d'anxiété des patients ?	N°1 Non on n'a pas d'échelle à proprement parler mais nous on arrive à juger si c'est plus ou moins fort ou pas sans forcément leur demander . Mais c'est pareil on les connaît nos patients . On sait quand même. Il y a des patients qui sont hyper anxieux. Hier soir, on a eu une entrée, la patiente elle pleurait plein pot, elle était pas bien elle savait pas ce qui aller se passer et tout. C'était une première chimio et ce matin tout bien, parce que hier soir on a pris le temps de lui expliquer un peu ce qui aller en être et tout. Et pourtant oui, elle nous disait qu'elle était hyper anxieuse. On arrive nous à juger un peu .
	N°2 Non, mais on le fait tous le jours mais sans échelle, même si on le fait très bien j'en suis sûre. On remarque les mimiques, les personnalités sans juger malgré tout. On repère vite les personnalités et on sait.
	N°3 Non à tort, on fait sans . Avec l'expérience on arrive à savoir. Il faut le sens de l'observation. C'est pas la même douleur ni les mêmes manifestations.
	N°4 Non je n'utilise pas d'échelle pour l'anxiété. Mais ici on utilise des échelles de la douleur dans lequel l'anxiété rentre en compte. Par exemple doloplus, Algoplus et ecpa qui permettent d'étudier le comportement dans la grille.
	N°5 Oui on utilise pour les patients non communicants verbalement on utilise l'algoplus qui est sur 5 critères et qui prend en compte l'aspect de l'anxiété. Mais c'est pas propre à l'anxiété
	N°6 Non je n'utilise aucune échelle, mais je la différencie grâce aux signes cliniques. Quand c'est une simple douleur physique il y a des manifestations comme froncer les sourcils, se crispier mais en général ça passe avec des techniques mais quand ça persiste ça veut dire que il y a peut-être autre chose que la simple douleur physique.
7) Quels sont les techniques que vous	N°1 On discute énormément, on prend le temps. on va se poser en fait c'est bête mais ça réduit tellement de chose la discussion. On discute et on

<p>utilisez pour réduire l'anxiété des patients douloureux ?</p>	<p>prend le temps, on répond à leurs questions surtout. Après forcément on a des traitements médicamenteux mais la priorité que nous on met en place c'est la discussion. Et on fait intervenir la psychiatre quand nous on peut pas aller plus loin, on la fait intervenir. Et puis après on a l'équipe mobile de soins palliatifs qui est pas là que pour les soins palliatifs qui est là pour la douleur. Elle a des traitements contre l'anxiété qu'elle nous propose qui sont régulièrement mis en place. On a les deux: la discussion et la mise en place de l'équipe mobile de soin palliatif et de la psy, psychologue ou psychanalyste ça dépend et les traitements.</p>
	<p>N°2 L'anxiété est à prendre en compte dès le début avant même qu'il y ait la douleur car tout a un impact sur l'anxiété. Dès l'accueil, il faut donner toutes les informations en fonction de sa pathologie. Puisque l'anxiété a un impact sur la douleur. Si on favorise un bon échange dès le début ça minimise l'anxiété et donc la douleur. On utilise des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses comme la communication , l'écoute pour comprendre le patient, l'aromathérapie, il faut montrer qu'on fait attention a eux et comprendre leur anxiété. On peut apporter des poches de chaud/froid, être présent, montrer qu'on porte de l'attention au patient et qu'on respecte ses envies c'est à dire être là pour lui ou le laisser tranquille. La relation de confiance avec le patient est la clef en oncologie</p>
	<p>N°3 J'utilise l'aromathérapie, l'empathie, la présence, la communication. J'explique les soins et j'essai toujours de proposer des solutions. Je propose des massages divers, des effleurages. J'utilise le toucher relation comme prendre la main ou des massage des mains pour permettre de détendre les tensions. Je peux aussi profiter du moment de la toilette pour faire des massages du dos par exemple.</p>
	<p>N°4 Alors il y a ma posture de soignant qui permet de réduire l'anxiété. La réassurance aussi, la relation d'aide, les techniques de diversion.</p>

	<p>Enfin, c'est des techniques encrées en nous. Après on sait quels mots employer ou ne pas employer pour diminuer l'anxiété lors des soins comme par exemple lors d'un bilan sanguin. On ne pas dire ça va piquer, ça va faire mal par exemple. Je fais aussi appel aux service interdisciplinaires de soins de support en oncologie qui va prendre le relai si c'est hors de mes compétences. J'utilise aussi les techniques comme la relaxation, des exercices de respiration, de la sophrologie et de l'hypnose surtout de l'hypnose conversationnelle. Je fais aussi appel à la socio esthéticienne qui fait des massages aux patients.</p>
	<p>N°5</p> <p>Le principal c'est la relation d'aide, la présence l'écoute l'empathie, le toucher également beaucoup, beaucoup de toucher. On peut faire des massages bien-être aussi. Après y'a tout ce qui est techniques médicamenteuses donc hypnovel tous les anxiolytique qu'on connaît et puis après y'a d'autre méthode qui sont plus parallèles comme l'hypnose, beaucoup pour les patients qui sont anxieux avant les examens qui sont claustrophobes par rapport au IRM c'est beaucoup pour ça l'hypnose.</p>
	<p>N°6 J'utilise différentes techniques comme la relaxation, les massages, les exercices de respiration. Dans ma posture aussi c'est aussi une technique pour réduire l'anxiété, donc il faut être à l'écoute et essayer d'apporter les réponses pour ne pas engendrer de l'anxiété. Il faut aider les patients à verbaliser pour permettre de diminuer l'anxiété, la communication en général est une technique</p>
8) Avez vous une formation spécifique en lien avec les techniques non médicamenteuses ?	<p>N°1 Alors moi là, je n'en ai pas mais parce que je viens d'arriver. Il me semble qu'on peut avoir des formations massage ou autre en plus. Sachant qu'ici bon là elle intervient pas à cause du covid mais on à ce qu'on appel une socio-esthéticienne c'est en faite une dame extérieur qui intervient dans la prise en charge des patients qui sont sous chimiothérapie en fait elle peut venir leur faire des massages, venir pour une dame qui est hyper</p>

	<p>pimpette dans la vie elle peut venir la maquiller on prend soin d'eux comme ça c'est des choses qu'on fait avec elle et nous, on peut faire des petits massages mais non on est pas réellement formés aux prises en charge comme ça mais il me semble qu'il doit y avoir des formations auxquelles on peut avoir droit mais là à l'heure qu'il est, moi je n'en ai pas</p>
	<p>N°2 Non mais j'ai le certificat interdisciplinaire de soins palliatifs et de la douleur (formation d'un an) qui aborde tous les intervenants. Mais aussi la prise en charge spécifique en soins palliatifs. Elle permet d'améliorer la prise en charge de la douleur. Il y a aussi des cours sur l'aromathérapie et sur l'aspect psychologique . Moi ça m'a clairement aidé à avoir des bases sur les techniques non médicamenteuses</p>
	<p>N°3 Oui j'ai une formation en aromathérapie en science médicale .</p>
	<p>N°4 Oui ici je fais partie du groupe de travail en lien avec le CLUD. C'est un groupe de travail autour de la douleur donc qui donne des bases et les thérapeutiques non médicamenteuses y sont abordées. Il y a aussi des formations obligatoires en interne et on y aborde aussi les thérapeutiques non médicamenteuses .</p>
	<p>N°5 Oui , j'ai une formation sur la relation d'aide, une formation l'hypnose, une sur la gestion du stress mais elle est plutôt liée au stress soignant mais après elle peut servir parce que savoir gérer son stress c'est savoir gérer le stress de l'autre.</p>
	<p>N°6 Non pas spécifiquement mais j'ai eu une formation d'une semaine sur le thème des soins palliatifs et qui a abordé les techniques. Une journée a été consacrée aux techniques non médicamenteuses du coup ça m'aide pas mal et je sais que ce sujet m'intéresse donc je me documente personnellement.</p>
<p>9) Utilisez vous des techniques non médicamenteuse? (reflet de</p>	<p>N°1oui</p>

<i>la fréquence d'utilisation des techniques non médicamenteuses sur l'échantillon interrogé)</i>	
	N°2oui
	N°3 oui
	N°4 oui
	N°5 oui
	N°6 oui
10) Si oui lesquelles et à quelle fréquence ?	N°1 ça dépend la fréquence. On en parle déjà au patient. On ne propose jamais quelque chose sans que le patients ai dit oui. On va aller voir le patient et lui dire que l'on sent que vous n'êtes pas bien, vous êtes anxieux ou autre, est-ce que vous acceptez qu'on fasse intervenir la psychologue. S'il nous dit non, ok pas de soucis voila, si il nous dit oui ben écoutez on va l'appeler on va voir quand est ce qu'elle peut passer mais on fait jamais sans l'accord jamais.
	N°2 Oui la relaxation, la musique et les massages. Et la fréquence c'est dès que nécessaire je pense que je peux dire quotidiennement.
	N°3Oui j'utilise l'aromathérapie en diffusion pour calmer la douleur physique, la douleur morale, l'anxiété, l'angoisse de la mort ou l'insomnie. Il faut savoir qu'il y a 3 huiles autorisées sur l'hôpital, la lavande, la bergamote et la menthe poivrée. Je mets aussi en place le toucher relationnel. Pour la fréquence je dirais tous les jours
	N°4 Donc j'ai la musique lors des soins douloureux, en salle de douche il y a un poste de musique. Il y a le toucher en permanence de toute manière quand on fait aussi bien un soin technique ou un effleurage ou un

	<p>massage. Mais ça dépend des cas de patients par exemple si une personne vient en ambulatoire pour la première fois je vais pas forcément utiliser le toucher ça pourrait être bizarre. C'est vrai que c'est plus simple à mettre en place chez les patients chroniques. Et évidemment c'est quotidiennement.</p>
	<p>N°5 Au quotidien on utilise tous le temps la relation d'aide et le toucher. Pour les thérapeutiques non médicamenteuses. l'hypnose conversationnelle beaucoup et quand on peut la vraie hypnose mais ça c'est plus délicat. Je l'utilise pas du tout parce que je n'ai pas le temps et ça nécessite toute une préparation avant. L'hypnose ça se prépare avant si on arrive dans un pic douloureux ou un pic d'anxiété c'est pas le moment pour introduire de l'hypnose chez quelqu'un qui n'en a jamais eu donc ça nécessite toute une préparation de la personne auparavant ce qui fait que c'est assez difficile de mettre en pratique alors que l'hypnose conversationnelle elle est plus facilement accessible et ça nécessite pas de dire à la personne bon on va faire de l'hypnose conversationnelle c'est quelque chose qu'on fait sans que la personne se rende compte en fait. L'hypnose conversationnelle c'est la manière d'amener quelqu'un à se distraire de ce qu'il est entrain de vivre du coup par la conversation. On utilise beaucoup ça pour la curiethérapie et la radiothérapie. Par exemple un soin qui est un peu douloureux en curiethérapie la personne va être face à une autre personne. Cette personne, elle est exclusivement dédiée à parler à la personne, elle ne s'occupe de rien d'autre et elle va amener la personne sur des sujets divers et variés. Des sujets que la personne aime bien, qui lui parle, comme est-ce que vous avez des animaux de compagnie?, comment s'appellent-ils?, Est ce que vous habitez dans une maison? le voyage, les loisirs donc du coup l'attention de la personne est focalisé sur totalement autre chose ce qui fait que la personne passe le soin sans s'en rendre compte, en étant totalement distraite ce qui fait que la douleur, quand ça fonctionne est quasiment nulle. Donc pour revenir à</p>

	<p>la question, le toucher on fait beaucoup, le massage bien-être on fait tout le temps des effleurages voilà après beaucoup pour les personnes qui sont dépendantes les personnes qui sont autonomes s'il n'y a pas besoin de faire de prévention d'escarres on ne va pas les toucher ou autre à moins qu'ils soient demandeurs d'un massage pour les personnes indépendantes ça passe surtout par la parole . C'est essentiellement ça. voilà</p>
	<p>N°6 Moi je mets en place dès que possible enfin en général tous les jours la relaxation et massages. C'est la base pour détendre les patients</p>
<p>11) Quels sont les bénéfices des techniques non médicamenteuses pour les patients selon vous ?</p>	<p>N°1 Déjà c'est tout bête mais tu ne mets pas un traitement donc déjà pour eux ça rassure parce que des fois rien que le fait d'administrer un traitement à quelqu'un, il va paniquer . Il y en a qui nous disent: je suis pas malade pourquoi j'ai un traitement? Rien que ça, des fois il y en a qui n'acceptent pas le fait qu'ils peuvent être anxieux. Rien que le fait de donner un traitement tu les mets devant le fait accompli alors qu'ils n'ont toujours pas accepté ce passage là. Donc c'est vrai que le fait de discuter on peut amener à beaucoup de choses, discuter ça amène énormément. Les patients, ils se dévoilent en fait, et tu peux découvrir des choses qui sont insoupçonnées chez certains patients et qui explique tout un tas d'attitudes qu'ils ont pu avoir. Alors que si tu donnes un simple cachet et que tu ne cherches pas plus loin ça ne fonctionnera pas déjà. Donc moi je trouve que le non médicamenteux c'est en fonction des patients parce que il y en a certains tu n'as pas le choix de donner des médicaments mais je trouve que c'est quand même un point positif dans le fait où déjà tu créer une relation avec ton patient tu créer un lien qui le rassure et qui te permet par la suite de découvrir plein de choses et de comprendre les attitudes et du coup éviter d'utiliser d'autres traitements qui ne sont pas forcément pour l'anxiété. je sais pas on pourrait sédaté quelqu'un parce qu'il est hyper agressif ou autre alors que au final il suffit juste de poser 2 -3 questions et on découvre ce qu'il se passe. quoi donc moi je trouve que ouai il y a de réels bénéfices et c'est réellement positif que d'avoir des</p>

	<p>thérapeutiques non médicamenteuses avant d'attaquer autre chose. Et après je ne veux pas dire que c'est la seule chose qui pourra être mis en place chez tout le monde mais c'est réellement quelque chose qui est positif et dont on a le temps de prendre le temps. On a pas forcément le temps mais nous on prend le temps de prendre le temps c'est vraiment quelque chose qu'on ressent ici et les patients nous le disent tout le temps. Ils nous disent vous êtes une équipe qui prend le temps qui fait les choses bien pour les patients c'est ce que j'adore dans ce service. C'est le patient la priorité on est pas sur le rendement on fera tout pour lui. C'est le patient avant tout et la famille. La famille est aussi un traitement non médicamenteux qui peut vraiment aider dans la prise en charge de l'anxiété et ça on le dit rarement la famille aide beaucoup .</p>
	<p>N°2 Ça permet de soulager le patient. Mais aussi d'éviter tous les effets iatrogènes induits par les médicaments. Aussi d'éviter la pénibilité induite par le prise entérale exemple les fausses routes, les difficultés à déglutir et la baisse de la vigilance ou la prise parentérale comme le risque infectieux. Les thérapeutiques non médicamenteuses sont plus adaptées aux patients que donne un simple médicament. C'est vraiment prendre en compte la personne. Apporter des solutions autre que les médicaments, ça améliore la situation de confiance. Si on se contente dire au patient il faut attendre que le médicament fasse effet ça ne fonctionnera pas . Alors que si on propose autre chose ça permet de renforcer la confiance et à l'avenir réduire l'anxiété plus facilement</p>
	<p>N°3 .Déjà il faut toujours proposer ne pas imposer. Ils ont le sentiment d'une autre approche qui est non chimique. Les patients sont de plus en plus méfiants vis à vis des traitements chimiques. C'est pour ça que de plus en plus de personnes se tournent vers des techniques non médicamenteuses. Elles sont le retour à une douceur de vivre et permet d'apporter dans un contexte violent qu'est le cancer un peu de douceur qui peut avoir un</p>

	impact sur le moral. Elles permettent d'apporter du bien-être au-delà du traitement. Pour le patient ce sera vu différemment.
	N°4 On peut diminuer l'anxiété et diminuer la douleur puisque l'un va avec l'autre. Ça personnalise la prise en charge, ce qui peut améliorer la confiance du soigné au soignant. La confiance est très importante dans la prise en charge des patients et cela permet de diminuer l'anxiété et la douleur. La confiance peut permettre aux patients de se sentir plus en sécurité.
	N°5 Elles sont multiples déjà l'empathie que nous renvoi la personne. c'est le fait que les soignants prennent du temps pour les patients un temps qu'ils n'accordent qu'à eux puisque c'est un temps privilégié. Un temps intime aussi puisque le toucher c'est quand même assez intime dont le bénéfice c'est d'avoir quelqu'un qui va vraiment s'occuper de vous, que de vous. C'est aussi, l'apaisement, décontracter les personnes les faire penser à autre chose les faire parler de ce qu'il ne va pas.
	N°6 Ça permet de réduire l'anxiété et la douleur sans médicament. Ça peut être intéressant pour les personnes qui sont réticentes à prendre beaucoup de médicament . Ça permet d'instaurer une relation de confiance soignant soigné

Annexe 5

Entretien n°1

Préalablement à l'entretien l'IDE m'a demandé de la tutoyer et a accepté que j'enregistre l'entretien.

Depuis combien de temps travaillez vous dans ce service ?

Ça fait ... (réfléchit) 3 mois

Pour vous qu'est ce qui définit la douleur?

Ici la douleur, ça définit plein de choses. La douleur ça peut être tout et rien. c'est en fonction des patients en fait. La douleur c'est un mal-être qui s'installe qui peut être dû à une mobilisation ou non . C'est beaucoup la douleur et c'est rien en même temps je dirais . C'est spécifique au patient en fait. Il y a des patients qui peuvent avoir des douleurs psychologiques et physiques et d'autres qui peuvent avoir un mal-être ou une douleur énorme et qui, pour eux, ça ira en fonction aussi de leur religion et de leur façon d'accepter en fait le mal donc c est vraiment spécifique à chaque patient et c'est compliqué à définir la douleur.

D'après vous qu'est ce qui peut avoir un impact sur la douleur ?

Plein de choses impactent sur la douleur. Ça peut être un geste par exemple une prise de sang ou autre chose. Ça peut générer une douleur. ça peut-être une douleur psychique, ça peut-être une annonce qu'on dit à un patient et qui peut faire office de douleur. Ça peut être plein de choses la douleur rien que l'annonce des fois d'un diagnostic, ça peut être une douleur qui n'est pas physique mais psychique. La douleur c'est assez vaste parce que tu ne sais pas si c'est une douleur physique ou psychique

Pensez vous qu'il y ait un lien entre la douleur et l'anxiété ?

Il peut oui. Pas forcément à chaque fois mais c'est vrai que nous on remarque ici que quand il y a une personne qui est anxieuse généralement elle est plus douloureuse. Donc on le remarque assez régulièrement et pareil l'effet inverse une personne qui a mal

généralement elle devient anxieuse. Il y a un véritable lien entre les deux et je trouve que l'un ne va pas sans l'autre en fait si l'un est soigné l'autre va mieux et inversement.

Comment distinguer la douleur physique à la douleur induite par l'anxiété ?

La douleur physique, souvent, c'est vraiment au niveau du faciès on le ressent mais c'est flagrant en fait .Il y a les traits qui sont marqués, ça fronce des sourcils, souvent les patients gémissent de douleur. Et l'anxiété ça se présente différemment parce que souvent on arrive à leur demander «vous avez mal parce que vous êtes anxieux?». Et nous, on pose les mots ici on demande vraiment, on sépare bien les deux et les patients nous disent oui oui c'est parce que j'appréhende la chimio ou j'appréhende le geste que vous allez faire ou autre. Ici souvent les patients sont anxieux d'avoir mal quand on pique dans le PAC donc on arrive à dompter entre guillemet cette douleur et cette anxiété avec par exemple les patches d'Emla ou autre et ça fonctionne bien . Donc c'est vrai qu'on arrive à distinguer les deux clairement on leur pose la question et généralement les patients arrivent à nous répondre et à distinguer. Sauf par exemple, là on a une patiente qui est en fin de vie on arrive quand même nous à distinguer parce qu'on la connaît. C'est des patients chroniques on les connaît. on sait comment ils fonctionnent. Et cette dame, on sait quand elle a mal et quand elle est anxieuse parce que ça se présente différemment. Quand elle a mal elle fait «aie aie aie aie» et quand elle est hyper anxieuse elle parle, elle parle, elle parle, elle parle, elle parle, elle parle et elle parle. Donc même si on est pas dans la chambre elle peut parler elle va nous dire qu'elle parle avec des gens dans la chambre et là on sait que c'est le moment où l'anxiété reprend le dessus. Et là, on arrive à traiter et c'est vrai qu'on a de la chance d'avoir des patients chroniques et du coup on les connaît en fait.

Utilisez vous une échelle pour évaluer le degré d'anxiété des patients ?

Non on n'a pas d'échelle à proprement parler mais nous on arrive à juger si c'est plus ou moins fort ou pas sans forcément leur demander . Mais c'est pareil on les connaît nos patients . On sait quand même. Il y a des patients qui sont hyper anxieux. Hier soir, on a eu une entrée, la patiente elle pleurait plein pot, elle était pas bien elle savait pas ce qui aller se passer et tout. C'était une première chimio et ce matin tout bien, parce que hier

soir on a pris le temps de lui expliquer un peu ce qui aller en être et tout. Et pourtant oui, elle nous disait qu'elle était hyper anxieuse. On arrive nous à juger un peu

Quels sont les techniques que vous utilisez pour réduire l'anxiété des patients douloureux ?

On discute énormément, on prend le temps. on va se poser en fait c'est bête mais ça réduit tellement de chose la discussion. On discute et on prend le temps, on répond à leurs questions surtout. Après forcément on a des traitements médicamenteux mais la priorité que nous on met en place c'est la discussion. Et on fait intervenir la psychiatre quand nous on peut pas aller plus loin, on la fait intervenir. Et puis après on a l'équipe mobile de soins palliatifs qui est pas là que pour les soins palliatifs qui est là pour la douleur. Elle a des traitements contre l'anxiété qu'elle nous propose qui sont régulièrement mis en place. On a les deux: la discussion et la mise en place de l'équipe mobile de soin palliatif et de la psy, psychologue ou psychanalyste ça dépend et les traitements.

Avez vous une formation spécifique en lien avec les thérapeutiques non médicamenteuses ?

Alors moi là, je n'en ai pas mais parce que je viens d'arriver. Il me semble qu'on peut avoir des formations massage ou autre en plus. Sachant qu'ici bon là elle intervient pas à cause du covid mais on à ce qu'on appel une socio-esthéticienne c'est en faite une dame extérieur qui intervient dans la prise en charge des patients qui sont sous chimiothérapie en fait elle peut venir leur faire des massages, venir pour une dame qui est hyper pimpette dans la vie elle peut venir la maquiller on prend soin d'eux comme ça c'est des choses qu'on fait avec elle et nous, on peut faire des petits massages mais non on est pas réellement formés aux prises en charge comme ça mais il me semble qu'il doit y avoir des formations auxquelles on peut avoir droit mais là à l'heure qu'il est, moi je n'en ai pas

Utilisez vous des thérapeutiques non médicamenteuse?

Oui

Si oui lesquelles et à quelle fréquence ?

ça dépend la fréquence. On en parle déjà au patient. On ne propose jamais quelque chose sans que le patients ai dit oui. On va aller voir le patient et lui dire que l'on sent que vous n'êtes pas bien, vous êtes anxieux ou autre, est-ce que vous acceptez qu'on fasse intervenir la psychologue. S'il nous dit non, ok pas de soucis voila, si il nous dit oui ben écoutez on va l'appeler on va voir quand est ce qu'elle peut passer mais on fait jamais sans l'accord jamais.

Quels sont les bénéfices des thérapeutiques non médicamenteuses pour les patients selon vous ?

Déjà c'est tout bête mais tu ne mets pas un traitement donc déjà pour eux ça rassure parce que des fois rien que le fait d'administrer un traitement à quelqu'un, il va paniquer . Il y en a qui nous disent: je suis pas malade pourquoi j'ai un traitement? Rien que ça, des fois il y en a qui n'acceptent pas le fait qu'ils peuvent être anxieux. Rien que le fait de donner un traitement tu les mets devant le fait accompli alors qu'ils n'ont toujours pas accepté ce passage là. Donc c'est vrai que le fait de discuter on peut amener à beaucoup de choses, discuter ça amène énormément. Les patients, ils se dévoilent en fait, et tu peux découvrir des choses qui sont insoupçonnées chez certains patients et qui explique tout un tas d'attitudes qu'ils ont pu avoir. Alors que si tu donnes un simple cachet et que tu ne cherches pas plus loin ça ne fonctionnera pas déjà. Donc moi je trouve que le non médicamenteux c'est en fonction des patients parce que il y en a certains tu n'as pas le choix de donner des médicaments mais je trouve que c'est quand même un point positif dans le fait où déjà tu créer une relation avec ton patient tu créer un lien qui le rassure et qui te permet par la suite de découvrir plein de choses et de comprendre les attitudes et du coup éviter d'utiliser d'autres traitements qui ne sont pas forcément pour l'anxiété. je sais pas on pourrait sédaté quelqu'un parce qu'il est hyper agressif ou autre alors que au final il suffit juste de poser 2 -3 questions et on découvre ce qu'il se passe. quoi donc moi je trouve que ouai il y a de réels bénéfices et c'est réellement positif que d'avoir des thérapeutiques non médicamenteuses avant d'attaquer autre chose. Et après je ne veux pas dire que c'est la seule chose qui pourra être mis en

place chez tout le monde mais c'est réellement quelque chose qui est positif et dont on a le temps de prendre le temps. On a pas forcément le temps mais nous on prend le temps de prendre le temps c'est vraiment quelque chose qu'on ressent ici et les patients nous le disent tout le temps. Ils nous disent vous êtes une équipe qui prend le temps qui fait les choses bien pour les patients c'est ce que j'adore dans ce service. C'est le patient la priorité on est pas sur le rendement on fera tout pour lui. C'est le patient avant tout et la famille. La famille est aussi un traitement non médicamenteux qui peut vraiment aider dans la prise en charge de l'anxiété et ça on le dit rarement la famille aide beaucoup

Annexe 6

Entretien n°5

Préalablement à l'entretien l'IDE a accepté que j'enregistre l'entretien.

Depuis combien de temps travaillez vous dans ce service ?

Ça fait 8 ans

Pour vous qu'est ce qui définit la douleur?

C'est une sensation désagréable qui peut être mécanique et qui est provoquée par quelque chose ou qui est neuropathique ou psychologiques

D'après vous qu'est ce qui peut avoir un impact sur la douleur ?

Le moral du patient c'est certain que ça induit la douleur. Mais on a un impact sur ça aussi parce que la façon de les prendre en charge peut favoriser le bien être ou non. Si on n'apporte pas les réponses clairement ou qu'on fait les choses sans les dire ça ne peut que créer du malaise, de l'inquiétude et de l'anxiété. ça peut concerner par exemple le 1er examen ou la 1ère hospitalisation. Ca me fait penser à une situation. Une dame venait pour la 1ère fois faire ses marquages pour la radiothérapie, elle pleurait car elle pensait que c'était des vraies tatouages indélébiles. C'est pour ça que je demande toujours les raisons des pleurs.

Pensez vous qu'il y ait un lien entre la douleur et l'anxiété ?

Oui il y a un lien entre la douleur et l'anxiété puisqu'il y a une particularité de la douleur qui est la douleur psychologique et qui est liée. Toutes les perceptions désagréables donc l'anxiété en fait partie. Quelqu'un qui va être anxieux, sa douleur va être majorée parce que la situation va être plus compliquée à accepter. Donc ça va aussi participer au fait que la douleur va être plus proéminente

Comment distinguer la douleur physique à la douleur induite par l'anxiété ?

Généralement on prend en compte les deux. Disons qu'on traite les deux on la dissocie pas tant ou va pas dire non c'est de l'anxiété du coup on va pas traiter la douleur . On va traiter tous les aspects , donc une personne qui est anxieuse et qui est douloureuse on va travailler sur les deux. Quand on va agir sur l'anxiété. Il va y avoir beaucoup de réassurance de soutiens psychologique beaucoup de relation d'aide et on va agir sur la douleur. Mais généralement en cancérologie c'est un peu particulier on dissocie pas les deux on traite les 2 parce qu'ils sont intimement liés en cancérologie les gens sont très anxieux très fatigués très déprimés.

Utilisez vous une échelle pour évaluer le degré d'anxiété des patients ?

Oui on utilise pour les patients non communicants verbalement on utilise l'algoplus qui est sur 5 critères et qui prend en compte l'aspect de l'anxiété. Mais c'est pas propre à l'anxiété

Quels sont techniques que vous utilisez pour réduire l'anxiété des patients douloureux ?

Le principal c'est la relation d'aide, la présence l'écoute l'empathie, le toucher également beaucoup, beaucoup de toucher. On peut faire des massages bien-être aussi. Après il y a tout ce qui est techniques médicamenteuses donc hypnovel tous les ansiolytique qu'on connaît et puis après y'a d'autre méthode qui sont plus parallèles comme l'hypnose, beaucoup pour les patients qui sont anxieux avant les examens qui sont claustrophobes par rapport au IRM c'est beaucoup pour ça l'hypnose.

Avez vous une formation spécifique en lien avec les thérapeutiques non médicamenteuses ?

Oui , j'ai une formation sur la relation d'aide, une formation l'hypnose, une sur la gestion du stress mais elle est plutôt liée au stress soignant mais après elle peut servir parce que savoir gérer son stress c'est savoir gérer le stress de l'autre.

Utilisez vous des thérapeutiques non médicamenteuses

Oui

Si oui lesquelles et à quelle fréquence?

Au quotidien on utilise tous le temps la relation d'aide et le toucher. Pour les thérapeutiques non médicamenteuses. l'hypnose conversationnelle beaucoup et quand on peut la vraie hypnose mais ça c'est plus délicat. Je l'utilise pas du tout parce que je n'ai pas le temps et ça nécessite toute une préparation avant. L'hypnose ça se prépare avant si on arrive dans un pic douloureux ou un pic d'anxiété c'est pas le moment pour introduire de l'hypnose chez quelqu'un qui n'en a jamais eu donc ça nécessite toute une préparation de la personne auparavant ce qui fait que c'est assez difficile de mettre en pratique alors que l'hypnose conversationnelle elle est plus facilement accessible et ça nécessite pas de dire à la personne bon on va faire de l'hypnose conversationnelle c'est quelque chose qu'on fait sans que la personne se rende compte en fait. L'hypnose conversationnelle c'est la manière d'amener quelqu'un à se distraire de ce qu'il est entrain de vivre du coup par la conversation. On utilise beaucoup ça pour la curiethérapie et la radiothérapie. Par exemple un soin qui est un peu douloureux en curiethérapie la personne va être face à une autre personne. Cette personne, elle est exclusivement dédiée à parler à la personne, elle ne s'occupe de rien d'autre et elle va amener la personne sur des sujets divers et variés. Des sujets que la personne aime bien, qui lui parle, comme est-ce que vous avez des animaux de compagnie?, comment s'appellent-t-ils?, Est ce que vous habitez dans une maison? le voyage, les loisirs donc du coup l'attention de la personne est focalisé sur totalement autre chose ce qui fait que la personne passe le soin sans s'en rendre compte, en étant totalement distraite ce qui fait que la douleur, quand ça fonctionne est quasiment nulle. Donc pour revenir à la

question, le toucher on fait beaucoup, le massage bien-être on fait tout le temps des effleurages voilà après beaucoup pour les personnes qui sont dépendantes les personnes qui sont autonomes s'il n'y a pas besoin de faire de prévention d'escarres on ne va pas les toucher ou autre à moins qu'ils soient demandeurs d'un massage pour les personnes indépendantes ça passe surtout par la parole . C'est essentiellement ça. voilà

Quels sont les bénéfices des thérapeutiques non médicamenteuses pour les patients selon vous?

Elles sont multiples déjà l'empathie que nous renvoi la personne. c'est le fait que les soignants prennent du temps pour les patients un temps qu'ils n'accordent qu'à eux puisque c'est un temps privilégié. Un temps intime aussi puisque le toucher c'est quand même assez intime dont le bénéfice c'est d'avoir quelqu'un qui va vraiment s'occuper de vous, que de vous. C'est aussi, l'apaisement, décontracter les personnes les faire penser à autre chose les faire parler de ce qu'il ne va pas.

ABSTRACT

Soigner autrement

Mots clefs : douleur, anxiété, techniques non médicamenteuses, infirmière, oncologie

Le thème de mon travail de fin d'études est l'utilisation des techniques non médicamenteuses pour réduire la douleur et l'anxiété. En effet, Il n'est pas toujours simple de traiter la douleur puisqu'elle implique plusieurs composantes dont la composante émotionnelle. Depuis quelques années les techniques non médicamenteuses sont utilisées pour la réduire.

Douleur, anxiété et techniques non médicamenteuses sont les concepts qui sont étudiés. Pour ce faire, je me suis appuyée sur différents auteurs. La dernière partie de mon travail correspond aux entretiens avec les infirmières d'oncologie qui confrontées aux auteurs, m'ont permis de répondre partiellement à ma question de recherche: «En quoi les techniques non médicamenteuses exercées par l'infirmière peuvent soulager l'anxiété chez les patients douloureux en oncologie ?»

Treat differently

Key words: pain, anxiety, non-drug techniques, nurse, oncology

The theme of my final paper is the use of non-drug technique to reduce pain and anxiety. Indeed, it is not always easy to treat pain as it involves several components including the emotional component. In recent years, non-drug techniques have been used to reduce pain.

Pain, anxiety and non-drug techniques are the concepts that are studied. To do so, I have relied on different authors. The last part of my work corresponds to the interviews with oncology nurses who, when confronted with the authors, allowed me to partially answer my research question: "How can non-drug techniques practised by the nurse relieve anxiety in painful oncology patients?".