

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
Faculté de Médecine de Cochin – Port-Royal  
Université René Descartes

**Diplôme d'Université**  
**Prise en charge de la Douleur en Soins Infirmiers**

*Directeur de l'Enseignement : Professeur Ozier*  
*Responsable de l'Enseignement : Docteur Jean Bruxelles*

Accompagner les équipes soignantes pour  
améliorer la prise en charge de  
la douleur induite par les soins.

Mémoire pour l'obtention  
du Diplôme d'Université  
Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers

Présenté par **Emmanuelle GUILLEMIN**

*Mai 2008*

# **S O M M A I R E**

Remerciements .....	5
Note aux lecteurs.....	6
Abréviations utilisées .....	7
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>8</b>
<b>Le Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph</b> .....	<b>11</b>
Les actions du CLUD du GHPSJ .....	12
<b><u>PROBLEMATIQUE</u></b> .....	<b>14</b>
<b><u>CADRE CONCEPTUEL</u></b> .....	<b>16</b>
<b>Les douleurs induites par les soins</b> .....	<b>17</b>
1. Définitions et délimitation du champ de l'étude .....	17
2. Place et responsabilité des acteurs de soins dans la prise en charge des douleurs induites par les soins .....	19
3. Les soins douloureux : épidémiologie .....	21
4. Les facteurs influençant l'expression et le vécu douloureux des patients .....	26
5. Les facteurs influençant la perception du soignant de la douleur induite par les soins.....	28
6. Les conséquences de la douleur induite par les soins .....	29
7. L'évaluation de la douleur induite par les soins .....	30
8. La prévention des douleurs induites par les soins.....	32
<b>Les représentations des soignants</b> .....	<b>48</b>
<b>Hypothèse définitive de travail</b> .....	<b>52</b>
<b><u>L'ENQUÊTE</u></b> .....	<b>53</b>
<b>Choix de la population</b> .....	<b>54</b>
<b>Choix de l'outil</b> .....	<b>54</b>
<b>Pré-test</b> .....	<b>56</b>
<b>Facilités et difficultés rencontrées</b> .....	<b>57</b>
<b>Présentation des résultats</b> .....	<b>59</b>
1. Présentation du service.....	59
2. Descriptif de l'équipe .....	60
3. Les soins douloureux .....	62

4. Repérage de la douleur induite par les soins .....	65
5. Facteurs contribuant à rendre un soin douloureux.....	67
6. La prévention de la douleur induite par les soins : moyens existants et moyens à développer .....	68
6.1. Les moyens pharmacologiques .....	70
6.2. Les moyens non pharmacologiques .....	71
7. La concertation entre l'équipe médicale et paramédicale et le travail en équipe .....	72
8. Ressenti des IDE et des AS face à la douleur exprimée par les patients et opinions sur la douleur induite par les soins .....	75
9. Souhaits de formation .....	76
<b>Synthèse des résultats .....</b>	<b>78</b>
1. Le repérage et l'interprétation des signes de douleur.....	78
2. Les soins douloureux .....	80
3. Les moyens de prévention de la douleur induite par les soins .....	82
3.1. Les moyens pharmacologiques .....	82
3.2. Les moyens non pharmacologiques .....	82
4. Le travail concerté équipe médicale – équipe paramédicale .....	84
5. Le ressenti et les opinions des soignants et leurs impacts .....	84
6. Synthèse finale.....	86
<b>Perspectives .....</b>	<b>87</b>
1. Une formation théorique .....	87
2. La constitution de groupes de travail pour les 2 voire 3 soins retenus.....	88
3. Groupes de réflexion sur le vécu des soignants face à la douleur induite par les soins.....	88
<b><u>CONCLUSION</u>.....</b>	<b>89</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....</b>	<b>91</b>
<b><u>ANNEXES</u> .....</b>	<b>93</b>

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement :

- ⇒ L'ensemble des enseignants rencontrés au cours de ce diplôme d'Université « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers ».
  
- ⇒ Madame Pascale Thibault, Cadre supérieur de santé au Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, qui a assuré la guidance de ce mémoire. Par ses conseils méthodologiques et les nombreux échanges que nous avons eus sur la douleur induite par les soins et la pédagogie, elle m'a permis de trouver du sens et du plaisir à la réalisation de ce travail
  
- ⇒ Madame Françoise Laurent, Coordinatrice du pôle cardiovasculaire et métabolique au sein du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ce travail. Je lui suis aussi reconnaissante de l'intérêt qu'elle porte à la prise en charge de la douleur des patients soignés au sein de notre établissement.
  
- ⇒ Les professionnels du service de Médecine Interne du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph auprès de qui j'ai effectué mon enquête. Par la qualité de leur accueil et leur disponibilité, ils ont facilité mon recueil de données.

## *Note aux lecteurs*

Ce travail a été réalisé dans le cadre du Diplôme d'Université « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers » - Faculté de Médecine Cochin - Port-Royal - Université René Descartes

Pour reproduire ou utiliser ce document, veuillez consulter l'auteur ou le Directeur de l'Enseignement.

# ABRÉVIATIONS UTILISÉES

**IDE :** Infirmier(s) **D**iplômé(s) d'**E**tat : lire partout : infirmier(s) - infirmière(s).

**AS :** Aide(s) **S**oignant(s) : lire partout : aide(s) soignant(s) - aide(s) soignante(s).

**CLUD :** Comité de **L**utte contre la **D**ouleur.

**CNRD :** Centre **N**ational de **R**essources de lutte contre la **D**ouleur.  
site internet [www.cnrdf.fr](http://www.cnrdf.fr)  
Plaquette de présentation présentée en Annexe I

**MEOPA :** **M**élange **E**quimolaire d'**O**xygène et de **P**rotoxyde d'**A**zote.

**HAS :** **H**aute **A**utorité de **S**anté.

**AMM :** **A**utorisation de **M**ise sur le **M**arché.

**GHPSJ :** **G**roupe **H**ospitalier **P**aris **S**aint-**J**oseph.

# INTRODUCTION

*Motivations*



Durant sa formation, l'étudiant en soins infirmiers va bénéficier d'enseignements théoriques et pratiques dans un dispositif d'alternance de périodes en Institut de formation et de périodes de stage. Ces dernières constituent un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle, par la possibilité qu'ils offrent, de dispenser des soins infirmiers.

L'étudiant devra parvenir à faire le lien entre les connaissances qu'il acquiert et bien souvent elles ne prendront sens qu'au fur et à mesure de la confrontation avec les situations vécues auprès des patients.

L'acquisition des gestes techniques propres à l'exercice infirmier préoccupe particulièrement les étudiants qui ont à cœur de les maîtriser.

Développer des compétences dans la prise en charge de la douleur d'un patient est par contre bien plus difficile et complexe que la seule maîtrise de gestes.

Sensibilisés durant leurs études à la douleur des patients, ce n'est bien souvent qu'au fil de leur exercice professionnel que les infirmiers vont voir confirmer ou émerger un attrait particulier pour cette thématique.

Diplômée en 1989, je me souviens aussi avoir été interpellée par la souffrance des malades au sein des différents lieux où j'ai exercé le métier d'infirmière sans pour autant avoir participé, ne serait-ce qu'une seule fois, à une réflexion collective sur le rôle, la place, de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur.

Les connaissances relatives à la prise en charge de la douleur ont d'ailleurs beaucoup évolué depuis ma formation initiale d'infirmière.

A partir de 1995, j'ai exercé durant 7 ans la fonction de formatrice en IFSI suite à ma formation à l'Ecole des Cadres. J'ai eu à dispenser des enseignements et à mener des travaux de groupes avec les étudiants portant sur la douleur dont un module optionnel intitulé « soins infirmiers et douleur chronique ». Ce fut la 1<sup>ère</sup> action concrète marquée de mon intérêt à la douleur des patients.

En septembre 2002, désireuse de retrouver le « terrain », le contact direct avec les malades et leur famille, j'ai pris un poste de cadre infirmier au sein du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph :

⇒ L'un des services dont j'ai la responsabilité est la consultation vasculaire où j'ai pu constater que les patients accueillis présentaient des signes verbaux ou non verbaux de douleur lors de la réfection de pansements, principal soin réalisé par les infirmiers ; certains de ces patients étaient douloureux dès l'arrivée avant même le début du soin. J'ai rapidement réalisé que les pathologies vasculaires généraient beaucoup de douleurs.

Frappée par la réticence qui pouvait exister chez les soignants dans la reconnaissance de cette douleur induite par les soins, j'ai décidé d'entraîner l'équipe dans la mise en œuvre d'un projet destiné à améliorer notre prise en charge.

Ce n'est finalement qu'au terme d'une enquête réalisée par l'ensemble des infirmiers de l'équipe auprès de 136 patients accueillis en consultation en février 2005, que ceux-ci se sont activement impliqués dans une démarche

d'amélioration. Un protocole de réalisation des pansements sous MEOPA a pu être élaboré et mis en place. Avec les résultats de l'enquête, il n'était plus possible de nier, minimiser ou taire cette douleur et ce quelles que soient les opinions des différents acteurs concernés (infirmiers, médecins, pharmaciens, représentants de la Direction). Tous ont dû admettre la nécessité de « faire quelque chose » et ont adhéré à la proposition d'essayer le MEOPA. Cette 1<sup>ère</sup> action a permis de faire évoluer les mentalités chez les soignants pour qui la douleur induite par la réfection des pansements n'est plus taboue. Elle est maintenant abordée régulièrement dans les réunions d'équipe avec la volonté de compléter cette prise en charge par la mise en œuvre de moyens non médicamenteux, réflexion actuellement en cours.

⇒ Membre du CLUD de l'établissement, j'ai poursuivi mon engagement dans la lutte contre la douleur qui me conduira à prendre très prochainement un poste transversal à mi-temps en tant que « cadre expert douleur ». Cette toute nouvelle fonction va me demander avant tout de réaliser un état des lieux et d'identifier avec le président du CLUD et la Direction les priorités institutionnelles ainsi que les problématiques spécifiques à certains services.

Dans ce contexte bien particulier, je souhaite profiter de ce mémoire pour amorcer un projet qui se prolongera dans l'exercice de ma fonction de cadre expert douleur.

Avant de poursuivre, il me paraît indispensable de présenter la structure dans laquelle j'exerce, dont le contexte bien particulier influe nécessairement sur l'orientation de ce travail.

## Le Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph (GHPSJ)

Le GHPSJ est un établissement privé à but non lucratif (PSPH), formé il y a deux ans (1<sup>er</sup> janvier 2006) par la fusion de 3 hôpitaux de même convention : l'Hôpital Saint-Joseph, l'Hôpital Saint-Michel, l'Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, dont les pratiques n'étaient pas homogènes même si des valeurs communes étaient partagées. S'ajoutent à ses 3 établissements, la Maison de Convalescence située à Saint-Brice-sous-Forêt, le Centre Médico-psychopédagogique, l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Ce nouveau groupe hospitalier est juridiquement administré et géré par la Fondation Hôpital Saint-Joseph.

Le GHPSJ, à ce jour encore réparti sur 3 sites, affiche une offre de soins de toutes spécialités du nouveau-né à la personne âgée, à l'exception de la neurochirurgie.

Il comporte :

- ✓ 700 lits et places d'hospitalisation de courts séjours, dont 90 places réservées à l'hospitalisation de jour,
- ✓ 100 lits de soins de suite et réadaptation, dont 10 places d'hôpital de jour.
- ✓ La fusion a confirmé l'organisation par pôles déjà présente depuis 1992 sur le site Saint-Joseph. L'un se nomme « Organisation des Soins et de la Qualité » (O.S.Q.). C'est un support transversal garant de l'organisation des pratiques professionnelles, de la mise en place de la certification, de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.
- ✓ 1 équipe mobile de soins palliatifs, existe à Saint-Joseph depuis 1989, dont les membres peuvent être appelés pour aider les équipes médicales et/ou paramédicales dans les difficultés de prise en charge qu'elles rencontrent avec 1 patient en particulier.  
*Me concernant, je souhaite m'inscrire dans une démarche à visée plutôt collective.*

La présence de cette équipe mobile a permis d'officialiser des consultations de traitement de la douleur en 2000.

Une convention lie le groupe hospitalier à la Maison Médicale Jeanne Garnier.

- ✓ 1 CLUD mis en place sur le site Saint-Joseph en 1999 suite à la circulaire ministérielle du 22 septembre 1998 (établie alors que M. Bernard KOUCHNER était Secrétaire d'Etat à la santé).

Lorsque l'on interroge les soignants sur les raisons qui les ont conduits à venir travailler dans cette structure, ils mettent en avant outre la modernité des locaux et des équipements de travail, la qualité de l'accueil et l'attachement aux valeurs humaines.

## Les actions du CLUD du GHPSJ

Parmi les actions menées par le CLUD du site Saint-Joseph depuis sa création on peut noter :

- ✓ L'élaboration en 2001 d'un livret à l'usage des internes, il a été réactualisé début 2008.
- ✓ Une enquête en 2003, dont l'objectif principal était de mesurer la prévalence de la douleur chez les patients hospitalisés et les objectifs secondaires étaient, d'une part, de connaître l'opinion des patients sur leur prise en charge et, d'autre part, de mobiliser le personnel autour de cette prise en charge.  
Pour ce faire, patients, médecins, IDE et AS ont été interrogés :
  - ⇒ Il a été constaté une sous-estimation de la douleur par les professionnels de santé ainsi que l'absence quasi complète d'évaluation de celle-ci, que ce soit à l'arrivée du patient ou au décours de son hospitalisation.
- ✓ La diffusion, en 2005, d'une lettre à tous les professionnels afin de leur rappeler leur rôle dans l'évaluation de la douleur.
- ✓ La diffusion, en janvier 2006, d'un livret douleur à l'usage de tous les professionnels sur l'ensemble du site Saint-Joseph.
- ✓ La réalisation d'une nouvelle enquête, en 2007, ayant pour objectif de savoir s'il existait une traçabilité de l'évaluation de l'intensité de la douleur dans les dossiers infirmiers et médicaux :
  - ⇒ Sur 114 dossiers de patients ayant été hospitalisés et sortis de l'établissement, seulement 32 % avaient la trace d'une évaluation de la douleur effectuée à l'entrée. Seulement 9 % d'entre eux comportaient une évaluation tracée dans le compte-rendu d'hospitalisation.
  - ⇒ Sur 120 dossiers de patients dont l'hospitalisation était encore en cours, 34 % avaient une trace d'évaluation à l'entrée.

L'indicateur relatif à la traçabilité de la douleur (expérimenté par l'HAS dans le projet IPAQH), réalisé la même année, a confirmé ce constat, à savoir l'absence de traçabilité de la douleur dans 88 % des dossiers.

Il ressort donc que la traçabilité de l'intensité de la douleur n'est toujours pas passée dans les habitudes de travail du personnel infirmier et encore moins dans celles des médecins.

Depuis la fusion, le CLUD du GHPSJ est constitué de membres des 3 sites et se réunit une fois par mois. Ses actions prévues pour 2008 sont :

- ✓ Formation du personnel infirmier à l'utilisation des pompes PCA.
- ✓ Recensement des protocoles existants sur les 3 sites.
- ✓ Actualisation du livret des internes : « Prescription des antalgiques chez l'adulte à l'usage des internes ».
- ✓ Formation sur la prise en charge des patients atteints de douleur neuropathique.
- ✓ Prise en charge antalgique chez les patients toxicomanes.
- ✓ Formation dans les services des équipes paramédicales portant sur les connaissances de base relatives à la douleur.
- ✓ Diffusion du protocole d'utilisation du MEOPA lors des soins douloureux et poursuite des formations des équipes sur les 3 sites.

Compte tenu des délais impartis pour mon mémoire, je ne pouvais avoir réalisé un état des lieux exhaustif de l'existant avant de débiter ce travail ; il me fallait donc choisir un thème qui me semblait le plus pertinent avec ce que je connaissais des pratiques de l'établissement et plus particulièrement du site où j'ai exercé ces dernières années.

Ce que je souhaitais proposer avec ce mémoire devait s'inscrire en support ou en complément des actions prévues par le CLUD et surtout obtenir l'adhésion de ses membres et enfin, contribuer à la réalisation de l'état des lieux.

Enfin, je ne peux nier un vif intérêt relatif à la thématique de la douleur induite par les soins.

En l'absence de commande institutionnelle impérative pour débiter et désireuse de travailler sur un thème qui impliquait directement les soignants, j'ai donc proposé au CLUD d'axer une de mes missions sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur induite par les soins et ainsi de débiter ce projet au travers du mémoire réalisé dans le cadre du D.U. « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers ».

Je considère personnellement la douleur induite par les soins comme particulièrement intolérable. Chaque acteur (infirmier, médecin, cadre, etc.) y a incontestablement sa part de responsabilité. Marquée par ma 1<sup>ière</sup> expérience en tant que cadre dans ce domaine et confortée par l'avis d'experts, je souhaite donc inscrire cette problématique comme une priorité dans ma fonction.

Ce travail aura aussi l'intérêt de me doter de connaissances plus pointues pour pouvoir prétendre accompagner les équipes dans une démarche de lutte contre la douleur induite par les soins.

# **PROBLÉMATIQUE**

Dans le pôle cardio-vasculaire et métabolique (chirurgie vasculaire, médecine vasculaire, chirurgie cardiaque, cardiologie, diabétologie, neuro-vasculaire, consultations et plateau technique d'explorations cardio-vasculaires) où je travaille, il n'existe pas de protocoles spécifiques relatifs à la prévention de la douleur induite par les soins, à l'exception de celui concernant le MEOPA. Il n'est d'ailleurs actuellement utilisé qu'à la consultation et dans les services de médecine et chirurgie vasculaires.

A ma connaissance, il n'y a jamais eu de groupes de travail, hormis celui pour rédiger le protocole MEOPA, qui se soient penchés sur cette douleur induite par les soins.

Pourtant, certains soignants montrent un intérêt voire un professionnalisme, à adopter des comportements et des attitudes propices à cette prévention. Nous avons pu le constater à l'occasion du tournage dans le pôle, par le C.N.R.D. de vidéos sur la réalisation des prélèvements sanguins veineux et sur la réfection des pansements.

De manière beaucoup plus subjective, j'ai l'impression que c'est un sujet peu évoqué en général par les soignants et les médecins de l'établissement.

A l'occasion de mes gardes, le week-end, sur l'ensemble de l'hôpital, j'ai essayé à plusieurs reprises d'aborder ce sujet avec les professionnels. J'ai ressenti un certain fatalisme vis-à-vis de cette douleur et constaté un réel manque de connaissances sur le rôle de l'infirmier et de l'aide-soignant dans la prévention de ces douleurs issues de leurs soins.

Encore une fois, tout ceci n'est que subjectif et demande à être validé.

Les infirmiers et aides soignants de l'établissement sont-ils toujours conscients :

- D'être pourvoyeurs de douleur ?
- Des conséquences de celle-ci ?
- De la façon dont ils se positionnent par rapport à ce sujet ?
- De leur propre vécu ?
- De la nécessité à repérer les soins douloureux dans leur service et participer à un questionnement en équipe ?
- De l'existence de moyens de prévention ?

Je souhaite faire évoluer le regard et les comportements des soignants, les aider à élaborer des protocoles de prévention, à mettre en place une politique d'évaluation des pratiques. Mais toutes les interrogations évoquées ci-dessus me conduisent à penser qu'il est indispensable au préalable d'identifier les dispositions dans lesquels se trouvent les soignants vis-à-vis de la douleur induite par les soins. Sinon, grand est le risque de ne pouvoir atteindre les objectifs que je me suis fixés.

Une fois ces éléments clarifiés, il me sera alors possible d'établir la stratégie pour travailler efficacement avec les soignants.

**Ainsi se formule en première intention mon hypothèse de travail :**

**« Les représentations que les professionnels se font de la douleur induite par les soins influent sur la reconnaissance des moyens de prévention. »**

# **CADRE CONCEPTUEL**



# LES DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS

## 1. DEFINITIONS ET DELIMITATION DU CHAMP DE L'ETUDE

### 1.1. La douleur, une expérience subjective

L'anatomo-physiologie de la douleur montre qu'un message nociceptif au-delà du thalamus est projeté dans différentes directions vers des structures corticales qui :

- permettent le décodage sensori-discriminatif du message douloureux,
- sont à l'origine des réactions végétatives sympathiques et des réactions hormonales hypothalamo-hypophysaires,
- sont aussi impliquées dans les aspects émotionnels,
- sont responsables de la mémorisation des expériences douloureuses.

C'est par le stockage et l'association de ces différentes informations au niveau cortical que le sujet construira sa mémoire des expériences douloureuses.

La douleur est donc une association entre une sensation et une émotion.

Il est illusoire d'espérer qu'une expérience douloureuse même de courte durée soit sans incidence sur l'histoire du sujet. Ce ne peut être comme on l'entend parfois « qu'un mauvais moment à passer qui sera vite oublié. »

La douleur est ainsi définie par l'IASP (*International Association for Study of Pain*) : « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage ».

Le caractère désagréable implique que le sujet est conscient et que cette expérience est éminemment subjective.

« Il s'agit d'une expérience personnelle qui engage la totalité du sujet et de son système d'intégration dans lequel préexistent expériences, éducation, culture, états attentionnels et émotionnels, circonstances d'apparition. Chacun d'entre nous interprète et exprime la sensation douloureuse à partir de ses expériences passées.... La douleur perçue résulte donc de l'interaction entre le phénomène qui la génère, les capacités de l'individu à l'intégrer et celles de l'environnement à la reconnaître voire la traiter.»<sup>1</sup>

Dans le chapitre consacré aux aspects sociaux et culturels de la douleur, David Le Breton, explique que « D'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique. Leur expressivité n'est pas la même, ni sans doute leur seuil de sensibilité ... L'expression individuelle de la souffrance se coule au sein de formes ritualisées. Quand l'une d'elle paraît hors de proportion avec la cause et déborde le cadre traditionnel, on soupçonne la complaisance ou la duplicité. »<sup>2</sup>

1

La douleur en questions - Société d'étude et de traitement de la douleur - Ministère de la Santé et de la Protection sociale – p.5 et 6 - novembre 2004.

2

Muller A., Metzger C., Schwetta M., Walter C. - Soins infirmiers et douleur - Editions Masson- Mars 2007- p.148.

Mais il conviendra d'être vigilant face à la tendance à stéréotyper la manière d'exprimer la douleur et d'y réagir en fonction de l'appartenance sociale ou culturelle. « Dans la pratique soignante, l'indifférence aux origines sociale et culturelle du malade n'est pas une erreur moindre que celle de le réduire à un stéréotype de sa culture ou de sa classe : manière commode et brutale d'élaguer la complexité des choses en une poignée de recettes, en un répertoire de prêt à penser et à agir. »<sup>3</sup>

Sur un plan individuel, la douleur lorsqu'elle survient revêt toujours un sens chez celui qui la ressent : « La signification conférée par l'individu souffrant à l'épreuve endurée détermine également son rapport à la douleur. L'homme réagit moins à l'entaille de la blessure ou à l'affection qu'au sens qu'elles revêtent pour lui. »<sup>4</sup>

Le sujet douloureux doit donc être entendu et cru sans a priori, sans jugement de valeur, sans interprétation de la part des soignants, étant le seul à pouvoir témoigner de ce qu'il éprouve.

## **1.2 Douleurs induites par les soins**

Elles sont ainsi définies par F. Bourreau : « se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin ou une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées. »<sup>5</sup>

En réalité, au quotidien, en particulier chez les personnes bénéficiant de soins fréquents, de nombreuses causes de douleurs peuvent survenir, nécessitant de compléter cette définition<sup>6</sup>. Sont concernées :

- ✓ les douleurs générées par les actes invasifs (comme par exemple le prélèvement sanguin veineux, la réfection d'un pansement, etc....)
- ✓ les douleurs générées par tous les actes quotidiens réalisés par les infirmiers pour répondre aux besoins fondamentaux des patients (comme par exemple la toilette, les mobilisations, etc....)
- ✓ les douleurs iatrogènes liées aux traitements (chimiothérapie par exemple), suites opératoires.

Tous les secteurs de soins sont concernés.

Ce travail s'intéressera aux douleurs induites par les soins prodigués par les infirmiers réalisés dans le cadre de leur rôle propre, dans le cadre de leur rôle sur prescription et dans le cadre des actes médicaux auxquels ils sont associés. Il portera aussi sur les douleurs induites par les soins dispensés par les aides soignants ; ceux-ci agissant sous la responsabilité de l'infirmier dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci et sous son contrôle.

---

<sup>3</sup> *Ibid*, p.150.

<sup>4</sup> *Ibid*, p.151.

<sup>5</sup> Bourreau F. – Les douleurs induites. Institut UPSA de la douleur- 2005- p.10.

<sup>6</sup> Thibault P., cadre supérieur de santé, CNRD, photocopié du cours sur les douleurs provoquées par les soins dispensés lors du D.U. Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers - Faculté de médecine Cochin-Port Royal - Université René Descartes – 2007.

## 2. PLACE ET RESPONSABILITE DES ACTEURS DE SOINS DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS

Le décret n° 2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier fait explicitement référence au rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur à plusieurs reprises :

- Article R.4311-2 : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec les malades [...] Ils ont pour objet [...] de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes. »
- Article R.4311-5 : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne [...] 19° : recueil des observations de tout nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, **évaluation de la douleur** »
- Article R4311-8 : « L'infirmier ou l'infirmière est habilité(e) à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. »

Au travers de ces articles, l'infirmier est positionné comme acteur responsable dans la prise en charge de la douleur, que ce soit dans la dimension préventive ou dans la dimension curative. La prévention de la douleur induite par les soins est bien de sa responsabilité, tant dans son rôle propre que de son rôle sur prescription

De manière plus générale tous les personnels médicaux et paramédicaux sont concernés par la prise en charge de la douleur.

« La lutte contre la douleur en France depuis 10 ans est un droit fondamental de la personne, une volonté éthique et humaniste » précise Philippe Douste-Blazy en 2004 dans l'introduction du livre « La douleur en questions »<sup>7</sup>. Cette politique de lutte contre la douleur est inscrite dans différents textes réglementaires. La loi Neuwirth de 1995 affirme que « les établissements de santé doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent ».

En 2002, la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne :

---

7

Société d'étude et de traitement de la douleur, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale – *op. cit.* p.3.

- Article L 1110-5 : « ...Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »
- En 2004, le rapport annexé à la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique inscrivait la lutte contre la douleur parmi les cent objectifs de santé publique.
- Dans le manuel de certification des établissements de santé de 2007, la référence 26 est consacrée à la douleur :
  - *Référence 26 a : La prise en charge de la douleur est assurée. Les éléments d'appréciation portent sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge systématique de la douleur ;*
  - *Référence 26 b : l'implication des patients et leur participation à leur prise en charge ainsi que leur niveau de satisfaction ;*
  - *Référence 26 c : la formation des professionnels à la prévention, l'évaluation et la prise en charge de la douleur*

Enfin, la reconnaissance de la lutte contre la douleur s'est traduite par la mise en place de programmes nationaux d'actions dont le 1<sup>er</sup> date de 1998. Son objectif principal a été d'instaurer une culture douleur et d'y sensibiliser soignants et patients.

Dans le 2<sup>nd</sup> plan (2002-2005), l'accent a été mis sur la prévention de la douleur provoquée par les soins et a permis entre autre la création du CNRD, celui-ci ayant pour objectif principal la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur induite par les soins et les douleurs post-opératoires chez l'adulte, l'enfant et les personnes âgées.

Le 3<sup>ème</sup> plan (2006-2010) actuellement en vigueur, décline 4 priorités, la priorité 3 portant sur l'amélioration des modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité, décrit dans la mesure 19 les actions à mettre en place pour améliorer la prévention des douleurs induites par les soins.

Bien qu'une politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur soit engagée depuis plus de 10 ans, l'intérêt porté aux douleurs induites par les soins est finalement récent :

Lors du 3<sup>ème</sup> congrès annuel de la Société d'Étude et de Traitement de la Douleur en novembre 2003, il est précisé : « C'est la première fois qu'un congrès médical abordait le sujet difficile de la douleur iatrogène provoquée par le soignant ou par le traitement lors de l'administration d'un soin ou d'une recherche de diagnostic. Le Professeur Guy Nicolas, du Ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes handicapées, a souligné l'importance de la douleur iatrogène, véritable préoccupation de santé publique qui est l'un des axes prioritaires du Programme national de lutte contre la douleur. Il a encouragé les participants à accroître leur connaissances dans ce domaine, car peu de données sont actuellement disponibles.»<sup>8</sup>

Le livret de l'Institut UPSA de la douleur consacré aux douleurs induites est paru en 2005.

Dans la préface, Daniel Annequin explique que « la douleur induite par les soins a été très peu étudiée ; autant la littérature abonde d'articles concernant la douleur post-opératoire et la douleur chronique (cancer, lombalgie, douleurs neuropathiques, etc...) autant les articles

---

<sup>8</sup> La douleur iatrogène est une véritable préoccupation de santé publique – 3<sup>ème</sup> congrès annuel de la SETD : « Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques ». Cité des Sciences et de l'Industrie de Paris, 13-15 novembre 2004.

sur la douleur quotidienne provoquée par les escarres, les pansements, les actes invasifs font singulièrement défaut. »<sup>9</sup>

A sa connaissance l'Institut UPSA est d'ailleurs le premier à avoir réalisé un ouvrage sur le thème des douleurs induites tant dans le monde francophone qu'anglophone.

### **3. LES SOINS DOULOUREUX : ÉPIDÉMIOLOGIE**

#### **3.1. Point de vue général**

Depuis quelques années et particulièrement depuis le 1<sup>er</sup> plan de lutte contre la douleur, de nouveaux préceptes sont apparus : la douleur n'est pas une fatalité...

Malgré ce changement de regard, force est de constater que les problématiques liées à la douleur et plus particulièrement à la douleur induite par les soins sont loin d'être réglées.

Il serait absurde de nier que les soins infirmiers et les investigations médicales peuvent générer de la douleur : « ainsi soigner la personne implique de pénétrer régulièrement sa peau pour réaliser des prélèvements, de même son installation le temps d'un pansement n'est pas toujours confortable, l'administration des thérapeutiques conduit souvent à utiliser des orifices naturels au prix d'une grande instrumentation. »<sup>10</sup>

Il convient donc d'abord de tenter de cerner l'importance de cette douleur issue des soins, même si elle ne fait encore l'objet que de peu de travaux, en particulier sur le plan épidémiologique, sur le plan de l'évaluation des pratiques existantes et sur les répercussions de cette douleur.

« Prévenir, réduire, soulager les douleurs induites par les acteurs de santé est devenu un des objectifs prioritaires officiellement affiché dans la lutte contre la douleur. »<sup>11</sup>. Pour cet auteur ces douleurs sont bien réelles. « Plusieurs enquêtes, le plus souvent réalisées à l'initiative de des CLUD, retrouvent un taux de 35 % de réponses positives à la question « Avez-vous eu mal au cours des dernières 24 heures ? » Ces douleurs sont pour la moitié induites par des actes courants et en particulier des gestes infirmiers. »

De même, lors d'une enquête téléphonique auprès de 1007 personnes, réalisée dans le cadre des Etats généraux de la douleur dont les résultats ont été publiés dans un livre blanc<sup>12</sup>, il apparaît que ces douleurs représentent la 2<sup>ème</sup> cause de la douleur identifiée par les personnes interrogées, soit 29 % des causes de douleur. Parmi ces 29 %, 15 % sont liées à une intervention chirurgicale et 14 % sont des douleurs induites par les soignants qu'ils soient médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, dentistes.

Une enquête d'opinion, l'étude EIPPAIN, dont l'objectif était de déterminer l'estimation des soignants de la douleur induite par les gestes chez les nouveaux-nés et les facteurs influençant leurs estimations, a été réalisée entre mai et novembre 2005.

---

<sup>9</sup> Annequin D. - Les douleurs induites – *op. cit.*, p.10.

<sup>10</sup> Bernard M.-F., Crestien F., De Sousa A. - Prise en charge non médicamenteuse de la douleur 2/2 - Soins gérontologie- n°46-mars/avril 2004- p.30.

<sup>11</sup> Stéphane Donnadieu- Les douleurs induites – *op. cit.*, p.29.

<sup>12</sup> Livre blanc de la douleur - synthèses des travaux réalisés par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur - juin 2005.

652 soignants ont répondu dont 21 % de médecins, 66 % d'infirmiers, 12 % d'aides soignants. Les résultats parus dans « Archives de pédiatrie » sont les suivants<sup>13</sup> :

- ✓ « L'analyse univariée a montré des scores de douleur estimée plus bas chez les médecins comparés aux infirmiers et aides soignants ( $p < 0,0001$ ), chez les hommes comparés aux femmes ( $p = 0,01$ ). Une tendance vers des scores plus bas a été retrouvée chez des soignants ayant des enfants ( $p = 0,086$ ).
- ✓ Dans l'analyse multivariée, les scores étaient plus bas chez les médecins comparés aux infirmiers et aides soignants ( $p < 0,0001$ ), et chez les soignants les plus jeunes ( $p = 0,03$ ).
- ✓ Les autres variables n'étaient pas statistiquement significatives.

En 2001, une enquête<sup>14</sup> a été réalisée un jour donné dans 2 établissements de soins français incluant 684 patients. Les résultats viennent d'être publiés : 671 événements douloureux ont été signalés, 52 % des procédures douloureuses ont été réalisées par du personnel non-médical et dans 57 % des procédures douloureuses, la douleur a été cotée comme sévère ou extrêmement sévère.

A la consultation vasculaire dont j'ai la charge, nous avons effectué une enquête auprès de 136 patients entre le 1<sup>er</sup> et le 28 février 2005 ; tous étaient porteurs d'une plaie et ont bénéficié d'une réfection de pansement<sup>15</sup> :

- ✓ 33 % des patients étaient douloureux avant même de débiter le soin
- ✓ 50 % étaient douloureux pendant le soin
- ✓ 41 % des patients ont vu leur douleur se majorer avec l'acte de pansement.

### **3.2. Nature des soins douloureux**

D'un point de vue du mécanisme, la douleur provoquée par les soins est le plus souvent une douleur par excès de nociception.

« Les sensations douloureuses sont variées et multiples : piqûre, brûlure, arrachement, démangeaisons etc. Elles peuvent apparaître successivement au cours d'un même soin, voire être présentes en même temps... Comme tout phénomène douloureux, la sensation s'accompagne de phénomènes émotionnels : appréhension, peur, anxiété, voire angoisse... la réalisation de certains soins comme la toilette ou les manipulations peuvent aussi réveiller des douleurs neuropathiques. Dans ce cas, les soins ne sont pas directement responsables de la douleur, mais les douleurs apparaissent lors des manipulations ou de la toilette par exemple. »<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Minart N., Boëlle P.Y., Dervillers M., Marchand B., Debuche V., Sgaggero B., Delespine M., Gasq E., Rose C., Pouvelle K., Ferreira A.M., Nanquette M.C., Riquier L., Laigle G., Cimerman P., Chabernaud J.L., Ayachi A., Kessous K., Larzul V., Lavaud J., Carbajal R. - Opinion du personnel de réanimation sur la douleur du nouveau né - ... , Archives de pédiatrie 14 Posters (2007) p.766-851.

<sup>14</sup> Couteaux A., Salomon L., et al. (2008) - « Care related pain in hospitalized patients : a cross-sectionnal study » - European Journal of pain 12(1) : 3-8).

<sup>15</sup> Guillemin E. - Réfection des pansements vasculaires et gestion de la douleur - Revue de l'infirmière - n° 130 - mai 2007 - p.18 et 19.

<sup>16</sup> Thibault P. et Cimerman P. - Cahier de Formation continue n°II - Douleur liée aux soins - L'infirmière magazine - n°236-Mars 2008- p.IV.

Si on cherche à préciser les catégories de soins douloureux on peut d'abord se référer à la liste établie par Evelyne Malaquin-Pavan.; liste non exhaustive selon l'auteur<sup>17</sup>

## Catégories de soins douloureux ou vecteurs d'inconfort

### Soins techniques

- Ponctions veineuse, artérielle, lombaire (céphalée post PL), d'ascite, de plèvre ou sternale (biopsie médullaire)
- Injections intramusculaire, sous cutanée ou perfusions (calibre de l'aiguille, capital veineux, produit injecté...)
- Prélèvement pulpaire (Dextro, Guthrie)
- Fibroscopies (hautes ou basses)
- Aspiration naso-pharyngée
- Pose et retrait de sonde gastrique, urinaire, rectale (calibre - fixation - lubrification)
- Actes de radiologie (gestes radioguidés, brancardage, positionnements particuliers)
- Soins de plaies (ulcère, escarre, fistule,...) ou de cicatrice
- Retraits d'adhésifs collants (électrodes, pansements...)
- Réfection des pansements (nettoyage, excision, débridement...)
- Extraction de fécalome
- Contention (plâtre, gouttière, attelle...)
- Kinésithérapie (motrice, respiratoire, bilan...)
- Soins dentaires
- Petite chirurgie (suture, curette, cryothérapie)

### Soins d'hygiène et d'entretien de la vie

- Manutention et mobilisation de toutes formes (transfert, brancardage, lever et coucher lit/fauteuil, toilette, change, réfection lit, retournement...)
- Installation
- Hygiène corporelle et bucco-dentaire (toilette, toilette périnéale, change, soin de bouche, de nez, d'yeux, de peau... rasage, coiffage, champ opératoire...)
- Aide alimentaire selon l'articulé et l'état dentaire, la déglutition (nausées, mycose...), la vision des plats, la manière de donner, de recevoir, de sentir et de goûter...
- Habillage et déshabillage (ouverture devant/derrière, emmanchure, haut-bas du corps, chaussage, change et tri du linge source de conflit, de rejet ou de repli très fréquente)

<sup>17</sup> Malaquin-Pavan E. - Les douleurs induites opus cité p41 et R. Sebag-Lanoë, B. Wry et D. Mischlich - La douleur des femmes et des hommes âgés - éditions MASSON - Paris - Mai 2002 - p.126 à 130.

La première enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte<sup>18</sup> positionne ainsi la douleur selon la nature des gestes invasifs :

### 3. La douleur liée à la nature des gestes invasifs

	% Patients considérant les gestes invasifs comme « extrêmement, très ou assez douloureux »	% Infirmières	<i>p</i>	% Médecins pour qui les gestes invasifs posent des problèmes à cause de la douleur du patient
<b>Ponction - biopsie</b>				
- ponction lombaire	35	77	0,0003	43
- ponction pleurale	30	72	< 0,0001	24
- ponction, biopsie (cutanée, nodule)	36	49	0,07	18
- prélèvement de moelle osseuse	49	80	0,001	48
- ponction, biopsie osseuse	51	74	0,039	59
<b>Prélèvement veineux ou artériel</b>				
- gaz du sang	37	76	< 0,001	22
- bilan sanguin	8	19	0,005	10
<b>Injection pour examens radiologiques</b>	17	24	NS	22
<b>Traitement</b>				
- pose d'un cathéter périphérique	33	61	< 0,0001	36
- branchement de la perfusion dans une chambre implantable	10	24	0,001	7
- pose d'une perfusion simple	23	26	NS	12
- injection intraveineuse	10	22	0,009	7
- injection sous-cutanée	15	20	NS	5

Le Docteur Luc Brun dans son article sur la douleur provoquée en réanimation chez l'adulte<sup>19</sup> répertorie les actes douloureux en réanimation :

**Tableau 1 : Actes douloureux en réanimation**

- Pose de cathéter artériel et veineux central
- Prélèvement artériel
- Ponction lombaire
- Pose et retrait drain pleural
- Trachéotomie, intubation trachéale, aspiration bronchique
- Fibroscopie bronchique
- Pose de cathéter sus pubien
- Kinésithérapie, nursing, pansement...

<sup>18</sup> Enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs répétés en cancérologie adulte. Quels retentissements sur la qualité de vie des patients ? – SOFRES médicale. Astra France département d'anesthésie, 1 place Renault, 92844 Reuil Malmaison – 1997.

<sup>19</sup> Brun L. - Douleur provoquée en réanimation chez l'adulte - 1<sup>ère</sup> journée du CNRD : Douleur provoquée par les soins - 17 octobre 2006 -Espace Congrès Institut Pasteur – Paris - disponible sur le site du CNRD.



En référence aux 2 études suivantes :

- ~ Turner, J.S., et al., *Patients' recollection of intensive care unit expérience. Crit Care Med*, 1990. 18(9) : p. 966-8
- ~ Stanik-Hutt, J.A., et al., *Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. Am J Crit Care*, 2001. 10(4) : p.252-9.

Luc Brun précise que l'aspiration trachéale, la ponction artérielle, l'ablation des drains thoraciques et la mobilisation du patient sont les gestes les plus douloureux dans le souvenir des patients de réanimation.

Le Docteur Henri-Pierre Cornu, quant à lui, s'est intéressé à la douleur provoquée chez la personne âgée. Il explique que « les seuls résultats de prévalence sont ceux d'enquêtes réalisées localement, généralement sur l'initiative des CLUD, dans le but d'évaluations des pratiques professionnelles et non publiées. »<sup>20</sup>

Il attire l'attention des lecteurs sur 4 situations de soins particulièrement fréquentes dans la prise en charge des patients âgés :

❖ Les pansements

Des études ont été réalisées dans plusieurs établissements. A titre d'exemple, « à l'hôpital Vaugirard (Lhuillery D., 2006), la prévalence de la douleur lors des pansements est relevée depuis 5 ans. Cette prévalence ne cesse de croître d'année en année (32 % en 2002, 73, 5 % en 2006) ... »

❖ La rééducation

...A L'hôpital Emile Roux parmi les 67 patients qui avaient une prise en charge en rééducation physique, 35, (8%) qualifiaient celle-ci de « un peu douloureuse » et 10, 5% de « beaucoup douloureuse »...

❖ La mobilisation

«... Ce sont les premières causes de douleur lors des enquêtes réalisées à l'hôpital Rothschild (Bellamy V., 2005) : elles représentaient 50% des causes en 2001, 2002 et 2005 ...»

❖ Les soins d'hygiène

« Une enquête menée en soins de longue durée (Brasseur C., Cornu HP, Sachet A. ; 1994) retrouvait ... pour les ¾ des patients la toilette est un moment pénible...., A l'hôpital Broca 61,1% des prescriptions d'antalgiques de palier III ont été réalisées pour les soins d'hygiène de vie....»

Toujours chez les personnes âgées, Annick Sachet et Pascale Fouassier expliquent « Dans le cadre des travaux du CLUD de l'hôpital Charles Foix, nous avons listé sur un mois les actes thérapeutiques ou diagnostics douloureux repérés par les soignants. Nous en avons répertorié 28 en pratique courante (soins des plaies mis à part). Dans le classement de ce qui paraît le plus douloureux à la majorité des soignants, arrivent en tête : le myélogramme, la ponction lombaire, le prélèvement sanguin artériel et la pose de perfusion intraveineuse. »<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Cornu H.P. - Douleur provoquée chez la personne âgée : données épidémiologiques - 1<sup>ère</sup> journée du CNRD : Douleur provoquée par les soins - 17 octobre 2006 - Espace Congrès Institut Pasteur - Paris - disponible sur le site du CNRD.

<sup>21</sup> Sachet A. et Fouassieu P. - les douleurs induites - *op. cit.*, p.158 et 159.

Ces quelques exemples de travaux réalisés dans des services très différents (cancérologie, réanimation, gériatrie...) qui nous fournissent des données épidémiologiques sur les soins douloureux, nous montrent qu'un très grand nombre de soins infirmiers, qu'ils soient du rôle propre ou du rôle sur prescription, peuvent être douloureux.

Leur fréquence et leur typologie dépendent bien sûr du type de service. De plus tous les secteurs de soins sont concernés, qu'ils soient hospitaliers ou extra-hospitaliers.

***La douleur induite par les soins dispensés au quotidien par les professionnels est une réalité.***

#### **4. LES FACTEURS INFLUANT SUR L'EXPRESSION ET LE VÉCU DOULOUREUX DES PATIENTS**

On peut distinguer des :

##### **4.1. Facteurs liés au soin lui-même**<sup>22</sup>:

- sa nature : invasive ou non, nécessitant un matériel intrusif,
- la zone du corps concernée par le soin,
- la durée et la répétition de l'acte.

Dans l'enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte<sup>23</sup>, il avait été constaté un consensus entre patients et infirmiers sur la graduation de la douleur des gestes invasifs : parmi les plus douloureux étaient cités tous types de ponction, de biopsie (osseuse, médullaire, lombaire, cutanée, nodule, pleurale), les gaz du sang, la pose de cathéter.

Pour un patient sur 3, la douleur dépend du type de piqûre ou de l'endroit où le geste est pratiqué, mais également de sa répétition. Subir des gestes invasifs répétitifs est, selon les patients, « extrêmement, très ou assez gênant ». Pour 1 patient sur 2, la douleur de la piqûre dépend de qui fait la piqûre et du produit injecté.

Evelyne Malaquin-Pavan souligne aussi ce phénomène d'usure bien décrite chez les patients présentant des maladies chroniques ou cancéreuses<sup>24</sup>.

De même, selon Annick Sachet et Pascale Fouassier, « la répétition d'actes (qui pris séparément sont supportables) peut engendrer de la douleur et particulièrement de l'anticipation anxieuse. Celle-ci peut être mal interprétée par des soignants non formés. « *On ne l'a pas touchée qu'elle crie déjà ! Cela ne peut pas être de la douleur...* »<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> Thibault P. et Cimerman P. – *op. cit.*, p. V.

<sup>23</sup> Enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs répétés en cancérologie adulte – *op. cit.*, p.7 à 14.

<sup>24</sup> Malaquin-Pavan E. - Les douleurs induites – *op. cit.*, p.42.

<sup>25</sup> Sachet A. et Fouassieu P. - les douleurs induites - *op. cit.*, p.159.

#### **4.2. Facteurs liés au patient et à sa situation actuelle**<sup>26</sup> :

- L'ancienneté de sa maladie ou du handicap, leur évolution.  
Dans le contexte de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte<sup>27</sup>, les patients expriment plus cette douleur après la 1<sup>ère</sup> année de traitement. L'expression de la douleur est plus fréquente chez les patients les plus jeunes et diminue ensuite avec l'âge, la fatigue et l'état d'esprit étant des facteurs moins retenus par les patients, à la différence des infirmiers, qui ont le sentiment qu'un patient affaibli physiquement et moralement ressent davantage la douleur des gestes invasifs.
- la compréhension par le patient de la nécessité du soin, ses croyances dans les thérapeutiques proposées.
- les antécédents de douleur du patient : le patient a pu connaître la douleur dans un autre contexte. « Une personne âgée ayant un lourd passé douloureux ou traumatique (guerre, torture, maladie du grave, handicaps multiples) pourra soit banaliser les nouvelles douleurs induites (« *quand on a vécu ce que j'ai vécu ...* »), soit être totalement envahi de douleur pour un acte minime qui peut paraître indolore pour tous. »<sup>28</sup>
- la représentation que le patient a de l'acte : malgré les explications données par le soignant, le patient peut se faire une idée totalement erronée du soin.

#### **4.3. Facteurs liés à l'environnement du patient**<sup>26</sup>:

- le cadre dans lequel le soin est réalisé : cadre connu ou non, confortable, dans un lieu calme, sans source de dérangement, luminosité correcte.
- le lien entre le soignant et le soigné, le degré de confiance du patient.

#### **4.4. Facteurs liés au soignant**<sup>26</sup> :

- sa connaissance de l'acte, sa dextérité, sa maîtrise technique, son organisation.  
Pour 1 patient sur 2 la douleur dépend de qui fait la piqûre, facteur minoré par les infirmiers<sup>29</sup>.
- son état de disponibilité, de calme, sa capacité d'empathie.
- sa connaissance et sa maîtrise de l'ensemble des moyens de prévention et de prise en charge de la douleur.

Ces mêmes facteurs, qu'ils soient liés au patient, à son environnement ou au soignant, se retrouvent dans l'ouvrage de R. Sebag-Lanoe, B. Wry et D. Mischlich<sup>30</sup>.

---

<sup>26</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.V.

<sup>27</sup> Enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs répétés en cancérologie adulte - *op. cit.*, p.10.

<sup>28</sup> Sachet A. et Fouassieu P. - les douleurs induites - *op. cit.*, p.157.

<sup>29</sup> Enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs répétés en cancérologie adulte - *op. cit.*, p.7 et 13.

## 5. LES FACTEURS INFLUANT SUR LA PERCEPTION DU SOIGNANT DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

L. Zivkovic situe la souffrance du soignant dans sa rencontre avec le patient douloureux. « Dans cette rencontre de la souffrance de l'autre, il y a risque parfois de réactiver en soi des éléments de sa propre histoire, de sa souffrance. Chaque soignant a sa sensibilité particulière face à la souffrance, en lien avec sa propre histoire et chaque patient l'interpelle à sa manière. »<sup>31</sup>

D'ailleurs dans les études qui comparent la perception de la douleur des malades et la perception des infirmiers, les deux tendances existent : selon les cas, les professionnels ont tendance à surestimer ou à l'inverse à sous-estimer la douleur du malade. Les facteurs qui viennent influencer la perception des soignants ne sont pas toujours clairement démontrés, mais, on retrouve parfois l'âge des soignants, leur ancienneté dans le métier, le fait d'avoir des enfants...

« Un autre aspect de la souffrance du soignant sera lié aux situations où il va se vivre comme le « tortionnaire du malade », comme celui qui va produire de la douleur au travers des soins agressifs. Tant que le soignant est porté par un projet thérapeutique, sa conviction d'œuvrer pour le bien du malade lui permet de dépasser ce sentiment. Mais, dès que la progression de la maladie anéantit tout espoir de rémission, se posera pour le soignant la *question du sens* de certains soins, de certains actes agressifs qu'il est amené à prodiguer au patient. »<sup>31</sup>

De part mon expérience, il me semble que ce sentiment d'être un « tortionnaire du malade », d'être en situation de « maltraitance du patient » qui induit de la souffrance chez le soignant, peut aussi se retrouver dans des situations de soins à visée curative où le malade n'est pas forcément en phase palliative.

« Lorsqu'on choisit ce métier, c'est pour soulager les patients, se rendre utile, aider les personnes à guérir ou les accompagner lors de leur fin de vie... Au concours d'entrée en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), l'attrait pour les relations humaines est ainsi presque toujours mis en avant avec le désir d'aider et de faire du bien. Aussi, pour une infirmière, faire mal et être responsable de la douleur d'un patient est complètement antinomique et contraire à l'idéal qu'elle a de sa profession. De plus, cela va à l'encontre de la représentation des infirmières auprès des usagers : « *une infirmière est dévouée, disponible, courageuse, gentille...* »<sup>32</sup>

Cette remise en question de l'idéal de sa profession, peut influencer la perception du professionnel, qui pour faire face à cette souffrance, va développer à son insu un certain nombre de mécanismes de défense ou adopter des comportements inadaptés face à la réalité perçue comme difficile voire intolérable.

---

<sup>30</sup> Sebag-Lanoë R., Wry B. et Mischlich D. - La douleur des femmes et des hommes âgés – éditions MASSON- Paris - Mai 2002 – p.136.

<sup>31</sup> Polycopié du cours sur « la souffrance du soignant face au patient douloureux (atteint de maladie grave) dispensé lors du D.U. « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers » Faculté de médecine Cochin-Port Royal, Université René Descartes – 2008.

<sup>32</sup> Guillemin E. - Les soignants et la douleur induite par les soins - Revue de l'infirmière - n°130 - Mai 2007- p.23.

L. Zivkovic lors de son cours, décrit les mécanismes par exemple de déni, d'évitement, d'identification projective, de fusion, de rationalisation, de toute puissance...qui vont perturber la bonne distance dans la relation de soins et de fait influencer sur la perception par le soignant du vécu du patient.

« Lorsqu'elle s'engage dans la profession d'infirmière, l'étudiante...n'est pas préparée à la nécessité de « faire mal » pour soulager. Cette contradiction est souvent source de déni de la part des infirmières. Ce déni ne leur permet plus d'identifier les douleurs provoquées par les soins. »<sup>33</sup>

Je n'ai pas pu trouver de recherche qui ait identifié précisément des facteurs liés à l'histoire personnelle du soignant influant sur sa perception et sa pratique. Ceux-ci sont particulièrement difficiles à appréhender mais ils existent forcément et ont indéniablement un impact. Cette thématique sera reprise dans le chapitre consacré aux représentations des soignants.

## **6. LES CONSEQUENCES DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS**

Après avoir identifié le caractère réel de la douleur induite par les soins, il convient de préciser les conséquences de cette douleur afin de pouvoir affirmer l'absolue nécessité de la prévenir.

Il n'existe encore que peu de données de santé publique analysant les répercussions de la douleur induite par les soins.

Concernant la douleur en général, le Dr Luc Brun, décrit à partir d'études qui se sont intéressées aux conséquences sur la morbidité et la mortalité liées à la douleur en réanimation, des conséquences à court et à moyen terme qui ne sont pas des moindres. Il cite par exemple, le risque d'un patient non coopérant pour les soins qui peut être dangereux pour lui-même et pour les soins.

« La douleur intense et répétée en réanimation ne doit pas être sous estimée et une véritable chronicisation de la douleur peut donner des complications à long terme. Ces états et sensations désagréables dans un environnement psychologique hostile, l'association à l'anxiété et à la dépression peuvent conduire à de véritables états de stress post-traumatique, avec hallucinations et reviviscences de faux souvenirs plusieurs semaines et mois après la sortie de réanimation. »<sup>34</sup>

Toutes les répercussions décrites par le Dr Brun ne sont certes pas imputables à la douleur générée par les soins mais, compte tenu de la fréquence des gestes invasifs en réanimation, il est certain que cette douleur tient une place prépondérante dans la survenue des conséquences.

---

<sup>33</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.X.

<sup>34</sup> L. Brun – *op. cit.*

Dans l'enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs en cancérologie adulte, « la répercussion sur le moral des patients est jugée [...] assez, extrêmement, importante, par 21% des patients. » Les auteurs pensent cependant que celle-ci est sous-évaluée compte tenu de la sous-expression de leur douleur. Les soignants quant à eux sont 81% à estimer la répercussion sur le moral des patients « extrêmement ou très importante ».<sup>35</sup>

Pour P. Thibault et P. Cimerman, les conséquences concernent à la fois le patient et les soignants :

Dans son cours dispensé dans le cadre du D.U. sur les douleurs provoquées par les soins, ainsi que dans son article, P. Thibault explique qu'« il a été démontré qu'une expérience douloureuse, même isolée, est mémorisée, dès la plus petite enfance et peut entraîner des modifications des réactions lors de soins douloureux ultérieurs, y compris à l'âge adulte. »<sup>36</sup>

Chez le patient la douleur provoquée par les soins engendre agitation, fatigue, malaise, oppression, exaspération...

Elle ne permet pas au soignant de réaliser les soins correctement ce qui retarde le rétablissement de la personne malade. A long terme, elle peut entraîner pour le patient une dégradation de la qualité de vie, une phobie, une suspension, voire un arrêt des soins.

L'absence de prévention de la douleur liée aux soins peut également avoir des conséquences pour le soignant : n'étant pas satisfait de son travail, il développe une mauvaise image de lui-même. Il peut adopter des comportements inadaptés comme le refus de réaliser certains soins, de l'agressivité à l'égard du patient, du cynisme, du déni ou de la minimisation de la douleur exprimée par les patients, etc.... Cette situation peut, dans un certain nombre de cas, entraîner un épuisement professionnel, voire un abandon de la profession.

Les conséquences d'une non prise en charge de la douleur induite par les soins sont loin d'être anodines tant pour le patient que pour le soignant.

***Il est légitime de s'interroger sur la nécessité de prendre en compte la douleur induite par les soins.***

## **7. L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS**

Il est important d'évaluer la douleur avant, pendant et après le soin.

La douleur avant même de débiter le soin peut avoir pour origine un excès de nociception, une origine neurogène, psychogène, idiopathique. Son intensité avant le soin est un indicateur de l'efficacité du traitement antalgique de fond en sachant que l'anxiété générée par le soin peut faire ressurgir ou amplifier la douleur de fond.

La douleur induite par les soins est une douleur ponctuelle, le plus souvent par excès de nociception et/ou parfois par réveil d'une douleur neuropathique.

*« Pour chaque soin, il peut être indiqué d'identifier les phases les plus douloureuses ou susceptibles de réveiller une douleur. »<sup>37</sup>*

---

<sup>35</sup> Enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs répétés en cancérologie adulte – *op. cit.*, p.15.

<sup>36</sup> Thibault P. et Cimerman P. – *op. cit.*, p.V et VI.

<sup>37</sup> *Ibid*, p.XV.

Après le soin, la douleur peut persister un peu ; l'évaluation permettra de savoir si la durée d'action des moyens mis en œuvre est suffisante et adaptée à la douleur déclenchée ou majorée par le soin.

Le choix de l'outil doit être adapté au type de douleur, à l'âge et aux capacités cognitives du patient.

Comme pour toute autre douleur, l'autoévaluation est à privilégier quand c'est possible.

### **a) L'autoévaluation**

Les échelles habituelles unidimensionnelles sont bien adaptées sachant qu'elles n'évaluent que l'intensité :

- ~ l'EVA (échelle visuelle analogique) qui est une réglette à 2 faces : 1 face graduée de 0 à 10 et une face avec un curseur que le patient déplace selon l'intensité qu'il ressent.
- ~ l'EN (échelle numérique) : on demande au patient d'attribuer une note entre 0 et 10 (0 : pas de douleur ; 10 : douleur maximale imaginable).
- ~ l'EVS (échelle verbale simple) qui comprend 5 (ou 4) niveaux de descripteurs ordonnés et on demande au patient d'évaluer son niveau de douleur selon 0 : pas de douleur, 1 : douleur faible, 2 : douleur modérée, 3 : douleur intense, 4 : douleur extrêmement intense.

Ces 3 échelles « ont l'avantage commun d'être sensibles et de se prêter à des passations rapides ». <sup>38</sup>

Chacune d'elles a des avantages et inconvénients propres qui se trouvent exposés dans l'article de F. Bourreau et M. Luu.

Si l'EVA est la plus sensible, elle présente des limites d'utilisation selon la situation (non adaptée en post-opératoire immédiat) et selon l'âge du patient. L'EVA, selon le Dr Fouilladiou <sup>39</sup>, est à éviter chez les personnes âgées, car elle requiert des capacités d'abstraction et de coordination qui vont mettre en difficulté ces sujets qui, justement, peuvent présenter des difficultés d'abstraction, des troubles psychomoteurs et des troubles cognitifs. L'EN, l'EVN (échelle visuelle numérique) ou l'EVS peuvent en revanche être utilisées.

Pour P. Thibault et P. Cimerman, « lorsque les soins sont répétés et le soulagement difficile à obtenir, d'autres outils pourront être utilisés ». <sup>40</sup>

Pour l'évaluation qualitative, les auteurs citent alors le QDSA (Questionnaire Douleur Saint-Antoine), échelle multidimensionnelle qui permet d'apprécier les composantes sensorielle et affective de la douleur et le questionnaire DN4 (cf. : annexe II-c) qui permet d'identifier les douleurs d'origine neuropathique. Enfin, il peut aussi être proposé l'échelle de retentissement de la douleur sur le comportement quotidien.

---

<sup>38</sup> Bourreau F. et Luu M. - Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique - *doul. et anal.*-1, 65-73, 1988.

<sup>39</sup> Dr Fouilladiou, cours intitulé « La douleur de la personne âgée » dispensé lors du D.U. « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers » - Faculté de médecine Cochin - Port Royal, Université René Descartes – 2008.

<sup>40</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.VII.

## **b) L'hétéro-évaluation**

L'hétéro-évaluation sera réalisée lorsque les patients ne sont pas capables de décrire et d'évaluer leur douleur soit du fait de leur âge (en moyenne enfant de moins de 6-7ans), soit lorsqu'ils présentent un déficit cognitif (personne dyscommunicante).

L'hétéro-évaluation peut aussi être utilisée lorsque les résultats obtenus à l'autoévaluation pourraient laisser penser aux soignants que le patient est dans un mécanisme de défense ou qu'il présente une forme de résistance au soulagement qui va le conduire à ne pas exprimer sa douleur. Le but n'est pas de mettre en doute ce que dit le patient mais plutôt d'identifier ces mécanismes, de les accepter et de comprendre leur répercussion sur l'évaluation que le patient fait de sa douleur.

Les échelles utilisables chez l'enfant sont décrites dans l'article de R. Carbajal<sup>41</sup>. Chez le nouveau-né il présente l'échelle NFCS (Neonatal Facial Coding System), l'échelle DAN (Douleur Aiguë Nouveau-né) et l'échelle PIPP (Premature Infant Pain Profile), chez le nourrisson et le nouveau-né l'échelle CHEOPS actuellement la plus utilisée. On peut aussi se référer aux recommandations de l'ATDE Pédiadol<sup>42</sup> qui résume dans un tableau (page 29) les échelles qui peuvent être utilisées chez l'enfant dans le contexte de la douleur aiguë.

Chez l'adulte et la personne âgée, 2 échelles sont adaptées à l'évaluation de la douleur induite par les soins : l'ECPA (annexe II – a) et l'Algoplus (annexe II – b). L'échelle Doloplus est quant à elle indiquée dans le contexte de douleur chronique.

L'expression faciale de la douleur chez les patients atteints de démence, « peut potentiellement servir d'outil d'évaluation alternatif chez ces patients, même chez ceux qui ne communiquent pas verbalement. »<sup>43</sup>. Les auteurs de l'article « ont examiné les réponses faciales à une douleur induite mécaniquement, d'intensité diverses chez 42 patients déments et 54 sujets sains d'âge apparié...La typicité douleur conservée des réponses faciales à une stimulation nocive suggère que la douleur apparaît de manière aussi valide dans les réponses faciales des patients déments que dans les individus sains. »

## **8. LA PRÉVENTION DES DOULEURS INDUITES PAR LES SOINS**

### **8.1. Les étapes indispensables à la mise en œuvre de moyens**

Selon Evelyne Malaquin Pavan, « prendre en compte les douleurs induites par les soins nécessite d'identifier - sans excès ni complaisance - qu'il y a bel et bien des gestes, des soins dont la réalisation provoque de la douleur aiguë, une majoration de l'inconfort ou de la souffrance, voire une chronicisation délétère »<sup>44</sup>

<sup>41</sup> Carbajal R. - Evaluation de la douleur chez le jeune enfant - disponible sur le site internet du CNRD.

<sup>42</sup> ATDE Pédiadol - La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge - décembre 2006, disponible sur le site internet [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org).

<sup>43</sup> L'expression de la douleur faciale chez les patients atteints de démence - Traduction de l'abstract « The facial expression of pain in patients with dementia »- PAIN 2007 133 (1-3) : 221-228 ; KUNZ, M., S. SCHARMANN, et coll.- mise en ligne sur le site du CNRD en janvier 2008.

<sup>44</sup> Malaquin-Pavan E. - Les douleurs induites - *op. cit.*, p.37.



Selon cet auteur, la qualité de la prévention et des douleurs induites dépend à la fois de capacités dans les domaines du savoir, savoir-faire et savoir-être et d'une capacité d'auto-analyse individuelle et collective des pratiques de soins.

P. Thibault et P. Cimerman défendent aussi l'idée que la mise en œuvre de moyens nécessite une réflexion à la fois collective et individuelle<sup>45</sup>.

#### 8.1.1. La démarche collective

Elle portera sur :

**a) L'identification des soins douloureux et des moyens antalgiques.** Au niveau collectif il est nécessaire :

- d'identifier et de lister les soins douloureux couramment réalisés ;
- de mener une réflexion sur leur systématisation, envisager une indication individualisée ;
- de réfléchir à la technique de soin utilisée ;
- d'identifier les outils d'évaluation et les moyens de prévention des douleurs provoquées par les soins les plus fréquents ;
- de réaliser des protocoles de prescription d'antalgiques ;
- de définir des procédures de soins incluant les moyens médicamenteux et non médicamenteux de prévention de la douleur provoquée ;
- de solliciter des prescriptions anticipées lorsque le soin est jugé douloureux ou inconfortable ;
- de développer l'utilisation systématique et adaptée des moyens non pharmacologiques,
- d'inclure le paramètre de prévention de la douleur dans le choix des matériels utilisés.

#### **b) La formation des personnels**

« Cette formation porte sur les connaissances ainsi que sur la mise en œuvre des techniques de soins (développement de l'organisation et de la dextérité par exemple) ainsi que des moyens de prévention et de prise en charge de la douleur provoquée (MEOPA, hypnoalgésie, etc.... Les formations peuvent aussi concerner les résistances aux changements qu'engendre la mise en place de pratiques nouvelles. »<sup>45</sup>

Mon expérience de formateur me renvoie à mon enseignement relatif des techniques de soin. Force est de constater que les fiches techniques dont je me servais ne prenaient pas en compte l'évaluation et la prévention de la douleur induite par le soin.

P. Thibault confirme que dans les fiches techniques et les protocoles, les actions relevant de la prévention de la douleur ne sont pas incluses dans le déroulement du soin, contrairement aux précautions d'hygiène par exemple.

---

<sup>45</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.XIV.

En France, la formation des infirmiers s'appuie encore trop souvent sur le modèle de l'enseignement médical basé sur le « cure » ; l'intérêt pour le « care » ou « prendre soin » est peu mis en avant. De plus, en stage, les étudiants ne peuvent apprendre la prévention de la douleur des soins puisque celle-ci est encore peu mise en œuvre dans les services.

D'ailleurs quand on regarde les grilles d'évaluation utilisées dans les mises en situation professionnelles et pour le passage du Diplôme d'Etat, les grilles « Planchette », on constate qu'il n'existe aucun critère relatif à la prise en compte de la douleur induite par les soins.

On comprend alors que la formation devra s'adresser aux étudiants dans le cadre de la formation initiale, mais aussi aux professionnels en poste dans le cadre de la formation continue.

### **c) Le développement de la réflexion éthique**

Evelyne Malaquin-Pavan, propose un guide<sup>46</sup> permettant le questionnement individuel et d'équipe où elle invite les soignants à s'interroger sur :

- l'aspect potentiel ou réel de la douleur générée par un soin,
- le sens du soin dans la prise en charge thérapeutique : bénéfices escomptés, espérance d'un traitement possible, les inconvénients inhérents à évaluer,
- l'intérêt du soin : peut-on se passer du soin, quelles autres alternatives possibles,
- l'urgence réelle ou la possibilité de différer le soin pour qu'il soit réalisé dans les meilleures conditions possibles,
- l'assurance d'avoir tous les éléments pour appréhender le sens que le patient donne ou perçoit au soin,
- le contenu et la forme de l'information à donner au patient,
- l'approche soignante et l'organisation à adopter afin de réduire au mieux les risques iatrogènes d'inconfort ou de douleur surajoutée.

« La réflexion en équipe permet également de clarifier les positionnements individuels et collectifs par rapport à la douleur des patients accueillis. »<sup>47</sup>

### **d) L'évaluation des pratiques**

A ce jour, les études concernant l'évaluation des pratiques en particulier infirmières, l'efficacité des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques mis en œuvre sont encore insuffisantes.

---

<sup>46</sup> Malaquin-Pavan E. - Les douleurs induites - *op. cit.*, p.44.

<sup>47</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.XIV.

### 8.1.2. La démarche individuelle

P. Thibault et P. Cimerman la déclinent en 11 points <sup>48</sup>:

- indication du geste pesée, et réflexion sur les moyens existants,
- comportement du soignant : comme premier élément de prévention de la douleur ou de l'anxiété générées par les soins,
- information du patient, de son entourage : adaptée aux capacités cognitives et de compréhension du patient, exacte, au bon moment,
- évaluation de la douleur et de l'anxiété avant le soin, lors des phases identifiées comme étant les plus douloureuses et après le soin pour pouvoir réajuster l'association des moyens mis en œuvre lors du soin suivant,
- présence d'une tierce personne : un autre soignant ou un proche que l'on a trop tendance à mettre à distance à l'hôpital à qui on prendra le temps d'expliquer son rôle durant le soin s'il le souhaite : prendre la main du patient, lui parler, etc. ...
- organisation : planification adaptée qui respecte le rythme du patient dans la mesure du possible, anticipation, respect du délai d'action des moyens antalgiques employés, travail en binôme,
- installation, environnement du patient et du soignant : position confortable pour le patient pour éviter la fatigue et les douleurs supplémentaires et position ergonomique du soignant pour favoriser un geste plus sûr,
- choix du matériel adapté : par exemple lors de la réfection d'un pansement de plaie vasculaire, il convient de disposer d'un outil approprié lors de la phase de déterision « La compresse seule ne peut être considérée comme outil suffisant pour le retrait de la fibrine. De plus, sur une fibrine adhérente elle est à la fois inefficace et douloureuse...La curette et la lame de bistouri sont plus efficaces en cas de fibrine très adhérente. La curette est plus douloureuse que la lame de bistouri n° 15. En effet, la précision est nettement meilleure avec la lame 15...La lame 11 est à proscrire sur les ulcères et les pieds diabétiques, car trop pointue et donc dangereuse. Les lames 10, 23, 26 sont plus larges et nettement moins précises que la 15... »<sup>49</sup>
- dextérité du soignant, bien connaître les techniques de soins et la pathologie du patient, savoir passer la main quand le soignant ne parvient pas à réaliser un geste,

---

<sup>48</sup> *Ibid*, p.XIV et XV.

<sup>49</sup> A. Liron – Conseils pratiques d'une infirmière conseil en pansements - Revue de l'infirmière – n°130- Mai 2007- p.20 et 21.

- choix de l'analgésie en fonction du soin, de l'âge du patient, de son état, de son vécu antérieur et de l'association de moyens médicamenteux et non médicamenteux à partir d'un arbre décisionnel,
- traçabilité de la réalisation du soin (évaluation de la douleur à différents temps, moyens employés, vécu du patient, etc....)

## **8.2. Les différents moyens de prévention**

Des équipes hospitalières ou extra-hospitalières, un CLUD d'un hôpital qui souhaiteraient élaborer des protocoles d'utilisation d'un moyen de prévention de la douleur induite par un soin ou un guide de recommandations dans leur établissement, ont à leur disposition plusieurs sources de documentation, à commencer par le CNRD.

Un guide élaboré par l'Association pour le Traitement de la Douleur de l'Enfant, a été publié en décembre 2006<sup>50</sup>. Cette association a souhaité proposer des recommandations pour harmoniser les pratiques des équipes soignantes. Le livret présente des mesures utilisables par tous les soignants. Comme l'explique son président D. Annequin dans la préface « la douleur provoquée par les soins reste très peu étudiée...les articles sur la douleur quotidienne provoquée par les pansements, les actes invasifs, les soins quotidiens sont rares. Dans plusieurs situations (décrites dans ce guide), faute de consensus, d'articles ; de référence, le groupe des soignants de PEDIADOL s'est engagé en faisant des recommandations non étayées par la littérature mais par la pratique. »

Le CNRD et l'ATDE Pédiadol constituent donc des ressources incontournables pour les équipes qui recherchent de la documentation, qui veulent mettre en place des projets, ou réaliser des recherches en lien avec la douleur induite par les soins.

D'autre part, d'autres moyens pharmacologiques et produits adaptés seront à développer dans les années à venir. Cependant, le nombre insuffisant de moyens existants à ce jour ne doit pas être un frein à la volonté de prévenir la douleur.

Les moyens peuvent être déclinés en moyens non pharmacologiques et en moyens pharmacologiques.

### **8.2.1. Les moyens non pharmacologiques**

Ils s'inscrivent dans le champ du rôle propre infirmier que tout infirmier est à même de mettre en œuvre et pour certains ils nécessitent de développer des compétences acquises par des formations complémentaires au diplôme d'Etat Infirmier.

Le 3<sup>ème</sup> plan de lutte contre la douleur 2006/2010 préconise d'« améliorer les modalités de traitements médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ».

---

<sup>50</sup> ATDE Pédiadol – *op. cit.*

Concernant ces dernières, il est précisé : « le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitements physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie...), méthodes psychocorporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie). »

Ce sont des moyens sûrs, peu coûteux, simples, équivalents aux autres moyens thérapeutiques. Leur efficacité est malheureusement sous estimée ; certains étant décrits comme des petits moyens. Ils ont en fait une réelle place dans l'arsenal thérapeutique. Leur acceptabilité ne dépend que de la façon dont on les propose.

Avant de décrire des techniques spécifiques, il convient de poser les principes de base communs à toutes ces techniques, principes déjà évoqués dans les chapitres précédents.

### **A - La qualité de la relation**

C'est au travers de la relation soignant-soigné chaleureuse, compréhensive, respectueuse, centrée sur l'autre, que le malade aura le sentiment de se sentir reconnu, entendu en temps qu'être humain douloureux ou anxieux à l'idée du soin qui va lui être fait. Cette attention induira alors un sentiment de confiance et de sécurité qui lui permettra de se détendre, d'être plus accessible à la relation et d'augmenter son seuil de tolérance à la douleur.

Avant de réaliser le soin, le professionnel mettra en œuvre ses capacités d'écoute lors d'un recueil de données préalables pour percevoir ce que dit le patient par rapport à son vécu antérieur, la représentation qu'il se fait de cet examen/soin, mais aussi ce qu'en dit sa famille ou les autres professionnels, les informations qu'il souhaite avoir.

Comme précisé dans le chapitre précédent, l'information doit être adaptée aux capacités de compréhension du patient. « Cet aspect nécessite d'avoir pris le temps de faire connaissance avec lui, pour éviter une forme d'infantilisation ou l'usage de termes médicaux incompréhensibles. »<sup>51</sup>

Le Dr Fouilladiou explique dans son cours dispensé dans le cadre du D.U. « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers », que le choix du langage est prépondérant. Il est conseillé d'éviter tout ce qui peut être perçu comme vulnérant, comme une agression du type « attention, ça va faire mal ». Les négations n'étant pas perçues par le cerveau il est préférable de dire « cela peut ne pas être agréable » plutôt que « n'ayez pas peur, cela ne fera pas mal ». Et le Dr Fouilladiou défend lui aussi l'idée qu'il n'est pas toujours favorable d'avertir le patient juste avant de le piquer par exemple. A ce propos, une étude récente portant sur l'impact des mots, sur la perception de la douleur et l'anxiété des patients lors de soins invasifs, met en évidence que « contrairement à la croyance générale, avertir ou compatir en utilisant un langage faisant référence à des expériences négatives ne semblerait pas aider les patients à se sentir mieux. »<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> Muller A., Metzger C., Schwetta M., Walter C. - *op. cit.*, p.216.

<sup>52</sup> Les mots peuvent-ils faire mal ? Interactions patient-soignant durant les soins invasifs » Notes rédigées à partir de l'article « Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures » Pain, 2005, n°114, pages 303-309. Lang E. V., Hatsiopolou O., Koch T., Berbaum K., Lutgendorf S., Kettenmann E., Logan H., Kaptchuk T. J. disponible sur le site du CNRD.

Toujours selon le Dr Fouilladiou, pour une communication adaptée, le choix du vocabulaire, la structure grammaticale, l'intonation, le rythme, le respect du silence...ont leur importance.

Il faut aussi être vigilant à l'utilisation de la forme interrogative qui peut suggérer le doute : préférer « je suis sûre que vous êtes capable » plutôt que « êtes vous capable de ... »

Eviter aussi les ordres, les impératifs, le très déstabilisant « je vais essayer de .. », mais offrez plutôt un espace participatif, une collaboration libre et active.

De même, il conviendra d'éviter les informations qui visent à minimiser la douleur comme par exemple : « je vais vous faire une petite piqûre.»

P. Watzlawick,<sup>53</sup> à partir des travaux de Grégory Bateson, a élaboré une théorie de la communication où il distingue deux modes de communication, le premier englobant le second.

- La communication analogique concerne le corps, le geste, la mimique, l'intonation, la place, le rôle...
- La communication digitale concerne tout ce qui est verbal, de l'ordre de la parole qui décrit et organise, du concept, de la carte et du schéma, du nombre.

Le langage digital possède une syntaxe logique très complexe et très commode, mais manque d'une sémantique appropriée à la relation. En revanche, le langage analogique possède bien la sémantique, mais non la syntaxe appropriée à une définition non équivoque de la nature des relations. Pour communiquer nous devons en permanence combiner ces deux langages et les traduire l'un dans l'autre.

La relation soignant-soigné initiée bien avant le soin, se poursuivra durant toute la durée de celui-ci pour :

- évaluer au fur et à mesure le vécu du soin,
- dépister la douleur générée par le soin afin de faire des pauses au besoin,
- commenter sans excès le déroulement du soin...

Après le soin, le soignant s'attachera à :

- aider le patient à verbaliser le vécu du soin
- reprendre avec lui des temps d'observation afin de lui montrer que l'on a entendu ce qu'il disait et aussi été attentif à ce qu'il a exprimé sur le plan non verbal
- lui donner dès que possible les résultats concernant les résultats du soin.

La relation, véritable instrument clinique, contribue très largement à diminuer et l'anxiété et la douleur lors des soins.

« Toute relation, tout acte thérapeutique modifient l'état cognitif et émotionnel d'un patient du fait des explications données sur la maladie, la douleur, leur évolution et du fait du soutien et du traitement proposé. Le fait d'être rassuré peut réduire les réponses musculaires (tension musculaire) et neurovégétatives (hypertonie sympathique) qui sont parfois des facteurs d'amplification ou d'entretien des messages algogènes somatiques. La réduction de l'anxiété minore également la perception des messages algogènes par la moindre attention que le patient y porte et donc par leur signification moins menaçante. »<sup>54</sup>

<sup>53</sup> Watzlawick P., Helmick Beavin J., JacDaniel- une logique de communication, Editions du Seuil, Paris, 1979, in I.Célestin-Lhopiteau, P.Thibault-Wanquet- Guides des pratiques psychocorporelles - Editions Masson - Janvier 2006.

<sup>54</sup> Bruxelles J. in A.Muller, Metzger C., Scwetta M., Walter C. - Soins infirmiers et douleur - opus cité p.39.

## **B - L'organisation du soin - l'installation**

Une organisation prenant en compte :

- ✓ le rythme du patient,
- ✓ l'assurance du respect du délai d'actions des antalgiques,
- ✓ le regroupement exhaustif du matériel (afin d'éviter de devoir interrompre le soin pour aller rechercher le matériel manquant),
- ✓ le regroupement des soins,

va aussi contribuer à limiter la douleur induite par le soin.

L'organisation pourra aussi prévoir de permettre à un membre de l'entourage d'être présent en particulier pour les enfants ou de recourir si besoin à un collègue.

« Etre à deux privilégie la proximité, la possible réassurance par le regard, le toucher, la respiration accompagnée, l'accompagnement de la parole par des gestes qui apaisent, qui sécurisent. »<sup>55</sup>

Certains soins requièrent pour l'infirmier une concentration qui ne lui permet pas de gérer en même temps et l'aspect technique et l'aspect relationnel.

J'ai pu constater à différentes reprises lors de la phase de détersion dans la réfection de pansements, que certains infirmiers, surtout les plus jeunes, avaient besoin de se centrer spécifiquement sur leurs gestes. Ils ne pouvaient alors pas continuer à dialoguer avec le patient ni être très attentif aux réactions comportementales du patient. Une deuxième personne peut alors avoir le rôle d'échanger avec le patient afin de favoriser le détournement d'attention et d'alerter l'infirmier qui réalise la détersion sur les signes non verbaux de douleur.

« Etre à deux permet aussi de mieux cerner le vécu unique du patient et d'évaluer, de manière plus fine, à la fois les attitudes et comportements du patient et la technique de soin utilisée. »<sup>55</sup>

Chez l'enfant, « l'intérêt de leur (les parents) présence est mis en évidence dans plusieurs études et également dans le film *Soins douloureux avec ou sans les parents*. ...Nous devons favoriser leur participation aux soins quand ils le souhaitent et accepter leur présence lors des gestes techniques. La place et le rôle de chacun doivent être définis avant le soin. Encourager le parent à maintenir le contact avec son enfant (main, voix, paroles, chanson, regard) et à le distraire. »<sup>56</sup>

L'installation tant du patient que du soignant a aussi son importance. Le soignant doit choisir une installation la plus ergonomique possible lui permettant d'une part d'avoir des gestes sûrs et précis et, d'autre part, de préserver son capital physique. Le choix de l'installation du patient devra être fait avec lui, dans un souci de limiter le risque de survenue de contractures supplémentaires et d'être le plus antalgique possible.

---

<sup>55</sup> Mme Carlier, cours intitulé « Rôle propre infirmier et soins du corps » dispensé lors du D.U. « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers » - Faculté de médecine Cochin - Port Royal, Université René Descartes – 2008.

<sup>56</sup> ATDE Pédiadol - *op. cit.*, p.15.

La qualité de la relation, l'organisation et l'installation ont une réelle importance quel que soit le soin et sont un préalable nécessaire à la mise en œuvre des techniques spécifiques décrites ci-dessous.

Comme il est précisé dans le plan de lutte contre la douleur, les moyens non pharmacologiques peuvent être divisés en 3 catégories : les moyens physiques, les méthodes psychocorporelles et les méthodes comportementales.

## **C - Les moyens physiques et physiologiques**

### **a) la cryothérapie ou l'utilisation du froid**

Utilisée pour les douleurs inflammatoires, les douleurs dentaires, les céphalées, la lombalgie chronique, l'effet sera alors une hypoalgésie au froid. Ce moyen est cependant rarement mis en œuvre pour les douleurs provoquées par les soins. On peut imaginer par exemple le proposer après une injection IM ou une vaccination lorsqu'une douleur persiste après le geste.

### **b) la thermothérapie**

Consiste en l'application de la chaleur directe ou par irradiation. La chaleur augmente la circulation locale et la température cutanée et diminue l'excitabilité des terminaisons nerveuses superficielles. Le chaud favorise une détente musculaire. C'est par exemple le traitement d'appoint de la contracture musculaire, de l'arthrose du rachis et des membres et ainsi très utilisé par les kinésithérapeutes avec le massage en préparation à la mobilisation.

### **c) le massage**

« En France, le massage est en théorie réservé aux seuls masseurs kinésithérapeutes. Mais en réalité, aujourd'hui, le massage est de plus en plus souvent réalisé par d'autres professionnels, en particulier dans le cadre général du bien être et de l'amélioration du confort. »<sup>57</sup> .

On parle alors volontiers du toucher massage qui offre le moyen d'établir une relation privilégiée, de proximité avec celui à qui on va prodiguer des soins.

Il peut être utilisé avant, pendant et après le soin en respectant bien sûr ses contre-indications et en s'assurant qu'il n'amplifie pas la sensation de douleur.

Pour F. Ebrard, c'est une aide au cours des soins « la manière d'aborder un patient est primordiale pour la qualité du soin et la façon dont il sera vécu. Tout soin douloureux ou difficile devrait être précédé d'un toucher-massage. Les infirmières possèdent un savoir-faire précieux dans le domaine du toucher. Toutefois, ces gestes s'intègrent si couramment à leur pratique qu'elles oublient de les analyser, de les mettre en évidence et de les faire évoluer. Elles oublient de les professionnaliser ! Pourtant, le toucher est un soin à part entière et il s'agit de notre rôle propre infirmier. »<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Célestin-Lhopiteau I., Thibault-Wanquet P. - Guides des pratiques psychocorporelles - Editions Masson- Janvier 2006 – p.128.

<sup>58</sup> Ebrard F. -La revue de l'infirmière - dossier du soin au prendre soin - n°138-mars 2008 - p.19.



A titre d'exemple pour P. Thibault et P. Cimerman<sup>59</sup>, un massage réalisé sur la zone de piqûre avant de réaliser une injection évitera la sensation de piqûre.

Outre tout le bienfait relationnel qu'il apporte, le massage développe un effet antalgique par la mise en jeu du « Gate Control ». En effet, les stimulations cutanées augmentent l'activité des fibres de gros calibre du tact et de la proprioception qui inhibent la transmission du message douloureux véhiculé par les fibres de petit calibre.

Le toucher massage peut aussi se poursuivre pendant le soin permettant ainsi le maintien du contact physique. Enfin, il peut être proposé à la fin du soin afin de terminer par quelque chose de moins agressif ou invasif.

#### **d) L'utilisation d'une solution sucrée associée à la succion d'une tétine chez l'enfant de moins de 3 mois**

L'efficacité de ce moyen se retrouve dans plusieurs études. Dans la pratique, l'administration de 1 à 2 ml d'une solution de saccharose à 25 % ou de glucose à 30 %, suivie de la succion non nutritive d'une tétine, peut-être proposée pour des gestes douloureux mineurs chez des nouveaux-nés à terme ou pesant plus de 2500 g. Chez l'enfant prématuré, une adaptation des doses est nécessaire. « L'effet analgésique apparaît dans les 60 à 120 secondes suivant l'administration de la solution sucrée et dure 5 à 7 minutes. »<sup>60</sup>

#### **e) L'allaitement maternel**

« L'effet analgésique de l'allaitement maternel a été démontré pour le nouveau-né à terme lors d'effraction cutanée, notamment lors de ponctions au talon et de ponctions veineuses. L'effet analgésique retrouvé dans les deux études a été très important et incite à l'utilisation de cette technique lors de la réalisation des gestes douloureux mineurs chez le nouveau-né. »<sup>61</sup>

### **D - les méthodes psychocorporelles**

L'ensemble de ces méthodes se trouve décrit dans l'ouvrage d'I. Célestin-Lhopiteau, et de P. Thibault-Wanquet.<sup>62</sup>

Il est aussi intéressant de se référer au texte de la communication réalisée par P. Thibault et T. Moreaux dans le cadre de la 2<sup>ème</sup> journée du CNRD, portant sur la place des méthodes psychocorporelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée.

Ces auteurs présentent ces méthodes qu'ils définissent comme « l'ensemble des approches psycho-thérapeutiques partant du corps, ou se servant du corps comme médiation, et plus largement comme des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventive...La distinction entre pratique psychocorporelle et pratique comportementale est souvent difficile. En effet, certaines

---

<sup>59</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.XII.

<sup>60</sup> ATDE Pédiadol - *op. cit.*, p.117.

<sup>61</sup> *Ibid*, p.121.

<sup>62</sup> Célestin-Lhopiteau I. et Thibault-Wanquet P. - *op. cit.*

méthodes comme les relaxations et les moyens de distraction sont envisagés de façon indifférenciée dans l'une ou l'autre catégorie. »<sup>63</sup>

Certaines requièrent des compétences spécifiques développées suite à des formations complémentaires et d'autres sont de la compétence d'autres professionnels, comme les psychothérapeutes.

Par ailleurs, P.Thibault et T. Moreaux présentent une revue de la littérature relative à l'évaluation de ces méthodes psychocorporelles en sachant que « seules les techniques de distraction et l'hypnose ont fait l'objet de travaux d'évaluation. »

Je ne présenterai ici que celles qui peuvent être réalisées par un infirmier et qui sont habituellement décrites dans les guides de recommandations et utiles dans le contexte de la douleur induite par les soins.

Les plus fréquemment utilisées sont : la relaxation, l'hypnose et ses dérivés.

### \* La relaxation

Approche complémentaire des soins aux patients douloureux, elle peut être pratiquée par un infirmier après une formation préalable.

Elle comprend un ensemble de techniques, méthodes et thérapies qui permettent de diminuer l'anxiété, le stress et donc la douleur. Elle induit une détente et un bien-être tout en détournant l'attention de la douleur.

Elle n'est pas « comme certains l'imaginent, de l'inaction ; au contraire, c'est une action de concentration sur soi, sur ses sensations. La relaxation est « *une tentative de se libérer physiquement, mais aussi moralement, intellectuellement et affectivement d'une contrainte* » (P. Geismann et R. Durand de Bousingen). Elle peut également être définie comme l'acquisition du tonus musculaire et de l'état émotionnel optimal par rapport à une situation... On obtient la relaxation par différentes techniques et elle peut n'être qu'une étape de la technique »<sup>64</sup>

En effet, « l'état de relaxation fait également partie des techniques utilisées dans d'autres méthodes psychocorporelles comme l'hypnose, la sophrologie...

L'H.A.S. recommande le recours à la relaxation comme moyen non pharmacologique de prise en charge de la douleur, permettant ainsi de réduire sensiblement le recours aux analgésiques »<sup>65</sup>

Les deux méthodes de référence sont :

- Le training autogène de Schultz qui est basée sur le relâchement musculaire et la concentration sur les sensations.
  
- La relaxation progressive de Jacobson qui va utiliser l'alternance de contraction et de relâchement pour parvenir à prendre conscience et à faire disparaître les tensions musculaires.

---

<sup>63</sup> Thibault P. et Moreaux T. - Place des méthodes psychocorporelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée - Revue de la littérature - 2ème journée du CNRD : Douleur provoquée par les soins - 19 octobre 2007- Paris - disponible sur le site du CNRD – p.2.

<sup>64</sup> Célestin-Lhopiteau I., et Thibault-Wanquet P. - *op. cit.*, p.77 et 78.

<sup>65</sup> P.Thibault et T.Moreaux - *op. cit.*, p.3.

## \* L'hypnose et ses dérivés

### ↳ L'hypnoalgésie

Elle nécessite aussi pour l'infirmier une formation préalable. L'hypnose n'équivaut pas à l'état de sommeil, comme certaines personnes le pensent, ou de veille ; il s'agit plutôt d'un état de conscience modifié comme ont pu le démontrer le PET scan et l'IRM.

« C'est donc un état de conscience particulier, dans lequel certaines zones du cerveau travaillent de manière synchrone. Dans cet état, le sujet hypnotique devient réceptif à la suggestion qui peut entraîner des modifications du comportement, du métabolisme ou de la circulation dans le système nerveux. Ces modifications entraînent des restructurations, à action thérapeutique. »<sup>66</sup>

Les indications de l'hypnose sont nombreuses : elle peut être proposée en remplacement ou surtout en association avec les médicaments dans certaines interventions chirurgicales, pour traiter de nombreux signes d'inconfort comme la dyspnée, les nausées, l'insomnie, la toux, pour traiter des addictions, pour compléter d'autres thérapies lors d'états anxieux et dépressifs....

L'hypnose est active sur les douleurs chroniques et aiguës de toutes origines et particulièrement adaptée à la situation de douleur induite par les soins.

C'est une méthode particulièrement accessible aux enfants, ceux-ci y adhèrent facilement car ils sont, naturellement, souvent dans l'imaginaire.

Chez l'adulte, cette méthode est aussi très précieuse ; les auteurs du guide des pratiques psychocorporelles écrivent d'ailleurs que : « parmi les méthodes non-pharmacologiques, l'utilisation de l'hypnose apparaît comme la technique la plus adaptée lors des gestes et des situations douloureuses. »<sup>67</sup>

« Dans le contexte de soins répétés, le sujet peut s'entraîner à l'autohypnose, c'est-à-dire à se mettre lui-même en état hypnotique »<sup>68</sup>.

### ↳ La sophrologie

Elle nécessite aussi pour l'infirmier une formation préalable.

C'est une méthode apparue en 1960 qui s'inspire de l'hypnose thérapeutique, de la visualisation, de la relaxation progressive de Jacobson et du Training Autogène de Schultz. Son créateur le Dr Alfonso Cayecedo, la définit ainsi : « *la sophrologie est l'étude de la conscience humaine et de ses modifications par des moyens physiques, chimiques et psychologiques.* »

Une séance de sophrologie débute le plus souvent par des exercices respiratoires suivis d'un travail de relaxation qui amène à une détente du corps et de l'esprit, phase dite d'induction, puis se poursuit par une phase de suggestion où l'individu emmagasine des messages positifs, qui l'incitent à aller chercher des ressources, et enfin se termine par un retour progressif à la réalité.

---

<sup>66</sup> Célestin-Lhopiteau I. et Thibault-Wanquet P. - *op. cit.*, p.193.

<sup>67</sup> *Ibid*, p.51.

<sup>68</sup> Thibault P. et Moreaux T. - *op. cit.*, p.3.

Ses indications sont larges, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la thérapeutique ; elle peut être par exemple proposée en préparation avant un soin douloureux pour détendre le patient et diminuer son anxiété vis-à-vis de ce soin et ainsi la douleur. Elle peut être utilisée chez l'enfant comme chez l'adulte.

« L'efficacité de la sophrologie est reconnue par des observations et des résultats cliniques. Aucune étude validant son efficacité dans le domaine de la prévention de la douleur lors des soins douloureux n'a été à ce jour retrouvée. »<sup>69</sup>

#### ↳ La distraction

« De nos jours la distraction se définit comme l' «action de détourner l'esprit d'une occupation ou d'une préoccupation ; faire diversion... »

Lorsque l'individu doit subir un acte potentiellement douloureux, toute son attention se focalise sur cet acte et la douleur qu'il est susceptible de générer.

En détournant l'attention de l'enfant (ou de l'adulte) de cet acte, le soignant lui permet de diminuer par la même occasion l'anxiété potentielle que peut entraîner ce geste, et ainsi de diminuer la douleur. »<sup>70</sup>

« Les méthodes de distraction sont particulièrement efficaces chez l'enfant qui aime naturellement les propositions de jeu, d'évasion par l'imaginaire...mais ses indications peuvent très bien s'adapter à tous les âges de la vie. Notons qu'elle est un des éléments de l'hypnose. »<sup>71</sup>

Plusieurs méthodes ou techniques existent. Certaines nécessitent un support d'autres pas :

- Souffler des bulles de savon réelles ou fictives,
- raconter une histoire ou un conte,
- jouer aux marionnettes,
- écouter de la musique,
- regarder la télévision,
- jouer aux jeux vidéo,
- improviser une histoire dont l'enfant est le héros,
- gonfler un ballon ou un gant,
- chanter une chanson,
- regarder ou manipuler des jouets attrayants et inhabituels,
- proposer à l'enfant de partir en voyage par l'imaginaire...

Ces techniques doivent bien sûr être adaptées à l'âge de l'enfant, à ses envies et tenir compte de sa fatigue et de son aptitude à se concentrer. Chez le tout-petit, il ne faut pas choisir systématiquement le même moyen de distraction pour éviter un éventuel conditionnement.

Les critères de choix énoncés ci-dessus sont parfaitement applicables à l'adulte.

---

<sup>69</sup> *Ibid*, p.3 et 4.

<sup>70</sup> Thibault P. - L'utilisation des méthodes de distraction dans la prévention de la douleur lors des soins invasifs chez l'enfant- Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'université « Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers » - Mai 2004 - p 16 et 17 - disponible sur le site du CNRD.

<sup>71</sup> Célestin-Lhopiteau I. et Thibault-Wanquet P. - *op. cit.*, p.61 à 65.

Toutes ces techniques psychocorporelles doivent être mises en œuvre avant le soin. Elles ont pour but de permettre au patient de faire face à l'anxiété générée par le geste, la douleur s'en trouvant ainsi diminuée. Elles viennent en complément des moyens médicamenteux.

Le choix de la méthode est guidé par la préférence du patient et la formation du soignant, qui va donc accompagner le patient dans la mise en œuvre sauf si ce dernier est capable d'utiliser lui-même les techniques. Il est en effet possible et souhaitable d'enseigner certaines méthodes au patient, favorisant ainsi son autonomie dans la gestion de sa douleur.

Il arrive aussi parfois que l'on rencontre des patients qui utilisaient déjà une des méthodes avant d'être hospitalisés.

L'organisation du déroulement d'un soin devra alors prendre en compte cette préparation effectuée par le patient.

### 8.2.2. Les moyens pharmacologiques

#### **\* Les médicaments par voie générale**

La réalisation des soins peut nécessiter une prémédication antalgique par voie générale.

Les antalgiques du palier 1, utilisés seuls, n'ont pas fait preuve de leur efficacité dans l'indication relative à la prévention des soins douloureux.

Peuvent être prescrits des antalgiques de palier 2 ou des morphiniques.

De manière habituelle, on voit prescrits la morphine à libération immédiate comme l'Actiskénan®, le Sévrédol® per os, la morphine par voie sous-cutanée ou intra veineuse (bolus chez un patient ayant une PCA).

Il conviendra alors de veiller à respecter le délai d'action de ces médicaments.

Par exemple, il faudra, après avoir réalisé une injection de morphine par voie sous-cutanée ou avoir donné de la morphine per os, attendre environ une heure avant de débiter le soin.

En cas d'anxiété majeure, un anxiolytique pourra être rajouté.

#### **\* Les anesthésiques locaux**

##### ✓ Crèmes analgésiantes : EMLA®, Anesderm Gé®

Elles sont composées de deux anesthésiques locaux : la Lidocaïne et la Prilocaine. Elles procurent une anesthésie locale de la peau saine sur une profondeur de 3 mm après 1 heure de pose et de 5 mm après 2 heures de pose.

Les indications de ces crèmes sont nombreuses :

- ⇒ ponctions : veineuse, artérielle, lombaire, de chambre implantable, de moelle osseuse
- ⇒ injections : intradermoréaction, sous-cutanée, intramusculaire
- ⇒ actes de dermatologie superficielle
- ⇒ urologie/gynécologie : libération d'adhérences prépuçiales

Elles existent sous forme de patch ou de crème en tube qui s'applique en couche épaisse puis recouverte d'un pansement occlusif. Chez le petit enfant, on peut aussi remplir un morceau de tétine ou un doigtier à la base et entourer de film alimentaire, ce qui évitera le décollement douloureux d'un adhésif.

Pour être efficace, la crème doit impérativement être posée au minimum 1 heure avant le geste. Sa durée d'efficacité après le retrait est d'environ 2 heures. Lors des ponctions veineuses elle est retirée 10 à 15 minutes avant le geste, délai nécessaire qui facilite la recoloration de la peau et la réapparition de la veine.

✓ La Xylocaïne® nébuliseur à 5 %

Elle dispose de l'AMM pour l'anesthésie locale des muqueuses bucco-pharyngées et/ou des voies aériennes supérieures. Elle peut donc être utilisée lors de la fibroscopie, l'exploration ORL, l'intubation et les petits actes chirurgicaux en ORL. Dans la pratique elle est très couramment utilisée hors AMM sur les plaies avant la phase de détersion.

Son délai d'action est de quelques minutes (5 à 10 minutes).

✓ La Xylocaïne® gel urétral à 2 %

Indiquée aussi dans les gestes ORL ainsi que lors d'examens diagnostiques au niveau de l'urètre ou de la pose d'une sonde urinaire et lors de la dilatation anale chez le nouveau-né ou le nourrisson en association avec d'autres moyens.

Le délai d'action est de 5 à 10 minutes.

**\* Le MEOPA (Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote)**

Le MEOPA nécessite une prescription médicale. Il dispose de l'AMM pour une administration effectuée par un personnel paramédical formé.

Avec un protocole d'utilisation, il permet à l'infirmier d'être autonome dans l'administration. Pour exemple, on retrouvera en **annexe III** celui que nous avons rédigé pour notre hôpital.

Il a un effet analgésique (analgésie de surface), un effet anxiolytique et amnésiant et entraîne un état de sédation consciente.

Il est administré par inhalation, agit rapidement (3 minutes). Il présente une faible toxicité et ses effets disparaissent dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation.

**\* L'anesthésie locale, loco-régionale, générale**

L'infiltration par un médecin d'un anesthésique local comme la Xylocaïne peut être réalisée par exemple avant la ponction d'un ganglion, la suture des plaies.

Lors de soins de bouche douloureux, on peut adjoindre de la Xylocaïne à 1 ou 2% ou donner de la Xylocaïne visqueuse à la cuillère ou appliquée sur une compresse mouillée.

Lors de soins particulièrement douloureux, le médecin peut être amené à réaliser un bloc tronculaire d'un membre ou un bloc central par voie intrathécale ou par voie péridurale.

Enfin, pour certains actes aussi reconnus comme très douloureux, ou lorsqu'il faut reproduire un geste où l'efficacité des moyens précédemment employés a été insuffisante, on peut être amené à réaliser une anesthésie générale.

Les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques ne sont pas concurrentiels ; ils doivent au contraire être associés suivant l'état du patient, ses désirs, la situation de soin concernée.

## LES REPRÉSENTATIONS DES SOIGNANTS

Représenter vient du latin *repraesentare*, reproduire, rendre présent. Le dictionnaire Larousse, définit la représentation comme « perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc. du monde dans lequel vit le sujet. »

Dans ce travail écrit, le sujet est un professionnel de santé infirmier qui est à considérer comme un individu inséré dans un champ social spécifique et dans la situation ciblée de la douleur induite par les soins qu'il prodigue ; situation bien particulière en ce sens que le soignant est ici directement inducteur de douleur.

Le soignant est avant tout un être humain qui, au décours de sa vie, a pu ou aura à vivre des moments douloureux. Avant même de débiter ses études, il possède ses propres croyances, valeurs relatives à la douleur qui sont issues de son histoire personnelle, de son éducation, auxquelles s'associent ses représentations de la profession.

Au fil de sa formation, des différentes situations de soins, des rencontres avec d'autres professionnels, le futur soignant va intégrer les normes et valeurs du métier auquel il se destine. Il va voir ses propres représentations de la douleur et du métier évoluer. Mais explorer uniquement les représentations purement individuelles est insuffisant pour envisager des modifications de comportement. De plus, se cantonner aux représentations individuelles reviendrait à considérer l'agir de l'infirmier en dehors de toute interaction avec celui qu'il soigne, avec ses pairs, avec les médecins et autres soignants.

Il convient alors d'élargir le concept de représentation dans sa dimension collective et sociale.

Objet d'étude des sciences humaines depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, le concept de représentation a été réintroduit dans le champ des recherches actives par S. Moscovici depuis 1961.

Emile Durkheim (1858-1917), fondateur de la sociologie, développa la notion de représentations collectives les dissociant des représentations individuelles. Les représentations collectives désignent les représentations partagées par un groupe social en terme de contenu simplement.

Elles servent à définir des modes de pensée communs (autour de normes, de mythes, d'objectifs) qui règlent et légitiment les comportements au sein d'un groupe. La notion de représentations collectives insiste sur leur spécificité pour le groupe qui les élabore et les partage.

Dans les années 60, S. Moscovici réintroduit le concept de représentation dans le champ des recherches actives, sous le concept de représentation sociale née de l'interaction individuelle et collective.

Depuis, de nombreux auteurs se sont attachés à définir ce concept. Son caractère polysémique n'a pas permis d'établir une définition commune à tous les sociologues.



On peut citer celle de J.C. Abric (1987), « la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. ».

J. C. Abric précise à ce sujet que « L'existence d'une représentation de la situation préalable à l'interaction elle-même fait que, dans la plupart des cas, les jeux sont faits d'avance, les conclusions sont posées avant même que l'acte ne débute »  
Selon D. Jobelet et J.C. Abric, « les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais par la représentation de cette situation. Les représentations interviennent comme une grille de lecture et de décodage de la réalité, permettant l'anticipation des actes et des conduites (de soi et des autres) ». <sup>72</sup>

A ce stade de l'élaboration du cadre conceptuel, j'ai pris conscience de la complexité du concept des représentations ; le langage des socio-psychologues m'étant, de plus, peu familier.

Je me suis aussi questionnée sur la méthodologie pour aller rechercher sur le terrain les représentations des professionnels.

Je n'ai trouvé qu'un seul article portant spécifiquement sur les représentations de la douleur induite :

Dans un contexte de recherche qualitative pour le CLUD des hôpitaux de Toulouse, N. Peoc'h, G. Lopez et N. Castes ont étudié comment les représentations sociales des professionnelles pouvaient contribuer à expliciter les pratiques de prise en compte de « la douleur induite par les soins ». <sup>73</sup>

Leur recherche a pour ancrage conceptuel le champ de la psychologie sociale et la théorie des représentations sociales. Les auteurs font débiter leur exposé par les définitions données par D. Jodelet et G.-N. Fischer.

Pour D. Jodelet (1989 : 36) : « *C'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social...* ».

Pour G.-N. Fischer (1996 : 126) : « *La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* ».

Les auteurs de la recherche estiment que si les représentations sociales varient selon les individus, elles varient également chez un même individu, en fonction des situations, des paramètres organisationnels, du contexte dans lequel il travaille, indiquant la nécessité de s'appuyer aussi sur la notion de représentation professionnelle.

Les auteurs ont alors retenu la définition parue dans un article commun (Bataille, M., et al, 1997) où A. Piasser précise : « *Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus*

---

<sup>72</sup> Mannoni P., Les représentations sociales. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Presses universitaires de France. 2003. 127p.

<sup>73</sup> Peoc'h N., Lopez G., Castes N. - Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours...vers les prémisses d'une compréhension - Recherche en soins infirmiers n° 88 - mars 2007 - p.84 à 93.

*composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc... ».*

Pour répondre à leur question de recherche « *Ce que je suis (moi soignant) influence-t-il ma manière de prendre en charge la douleur ?* », ils se sont appuyés sur les niveaux d'analyse proposés par W. Doise<sup>74</sup>, qui distingue 4 niveaux d'explication et d'analyse : intra-individuel, inter-individuel, positionnel, idéologique ou sociétal.

Ils ont alors analysé les réponses de 302 professionnels (52 % d'infirmier(ères), 26 % d'aides-soignant(e)s, 18 % de médecins, 3 % de cadres de santé, 1 % de kinésithérapeutes) à des questions ouvertes sur le thème de la douleur induite par les soins, à l'aide du logiciel de données textuelles ALCESTE (logiciel développé par Max Reiner en 1992, pour sa version 2.0 de l'université de Toulouse le Mirail.

« Les représentations socioprofessionnelles des professionnels de santé à l'égard de «*la douleur induite* » sont construites à partir du contenu discursif écrit en termes de choix exprimés sur les 3 variables suivantes :

- Point de vue sur les termes inducteurs « *douleur induite par les soins* », en termes de connaissances, de croyances, d'opinions.
- Point de vue exprimé sur le rôle du professionnel de santé lors de la prise en charge de « *la douleur induite par les soins* »
- Attitudes et prises de position du professionnel de santé à l'égard de « *la douleur induite par les soins* »<sup>75</sup>

L'analyse a fait apparaître 4 classes lexicales distinctes :

- Classe 1 : discours fondé sur les moyens à mettre en œuvre : Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques masculins, occupant la fonction de médecin. La dimension techniciste de la prise en charge de la douleur est prégnante dans leur discours. « *La douleur induite par les soins* » est vue dans son inscription législative et préventive...la pensée professionnelle de cette classe de discours est centrée sur les moyens à mettre en œuvre pour « *anticiper et prévenir la douleur, dans l'acte de soin* ».
- Classe 3 : discours fondé sur la prise en charge relationnelle : Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques occupant la fonction d'aide-soignant ainsi que la fonction de kinésithérapeute. Ils travaillent principalement dans des secteurs de gériatrie et de traumatologie. Dans cette classe, le discours des sujets sur la « *douleur induite par les soins* » s'inscrit dans un ensemble de valeurs tourné vers la prise en charge relationnelle en termes d'écoute, de confort, de douceur. Tout ce qui est de l'ordre du vécu du patient est pris en compte dans une démarche holistique convoquant les notions de temps, d'espace, de prise en charge pluridisciplinaire.
- Classe 4 : discours fondé sur la prise en charge technique : Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques occupant la fonction d'infirmier, ainsi que la fonction d'infirmier anesthésiste. Ces sujets travaillent principalement dans le secteur des urgences. Ils ont entre 30 et 40 ans...Leurs discours s'appuient sur l'acte prescrit, avec une visée centrée sur la priorité du geste technique dans le cadre de l'urgence.

<sup>74</sup> DOISE, W., L'explication en psychologie sociale, Paris:PUF.1982 - p. 33

<sup>75</sup> *Ibid*, p.89 et 90.

- Classe 2 : discours fondé sur la reconnaissance de la douleur induite par les soins : Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques féminins occupant la fonction d'aide-soignant, ainsi que la fonction d'infirmier. Ces sujets travaillent principalement dans les secteurs de la gériatrie, mais également dans des secteurs de soins comme la neuro-traumatologie, la réanimation. La pensée professionnelle de cette classe de discours est constituée d'une reconnaissance, d'une identification des soins douloureux dans leur dimension physique et psychologique. Ces sujets ont conscience que des soins comme la « toilette », la « mobilisation », le « toucher » génèrent de la douleur chez des patients fragilisés et diminués.

« Dans le discours recueilli auprès des professionnels de santé nous retrouvons la signification prégnante d'une pensée professionnelle, articulée autour de deux approches. L'une centrée sur l'agir, la prise de distance émotionnelle, l'opérationnalisation technique, en intégrant la prise en charge de la douleur dans une visée techniciste. L'autre centrée sur le désir et la volonté de « prendre soin » de la personne soignée dans une visée humaniste et existentialiste, en intégrant « *la douleur induite par les soins* » dans une prise en charge relationnelle centrée sur le confort, l'écoute, l'humanité. »<sup>76</sup>

En conclusion, les auteurs valident leur hypothèse de départ : les représentations professionnelles de chaque soignant influenceraient leurs pratiques.

Cette étude à grande échelle m'a donné un premier éclairage sur l'influence des représentations et valide tout l'intérêt de s'y intéresser. J'émetts d'ailleurs l'hypothèse que si cette même étude était réalisée au sein du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph, on verrait apparaître ces mêmes classes de discours, ou en tout cas, des distinctions entre professionnels selon leur métier, leur sexe, leur lieu d'exercice. Cependant, n'explorer que les représentations (ce qui d'un point de vue méthodologique n'est pas le plus simple), me paraît insuffisant pour établir un état des lieux des pratiques au sein de l'établissement afin de pouvoir par la suite accompagner les équipes dans une démarche d'amélioration de la prévention des douleurs induites par les soins.

---

<sup>76</sup>

*Ibid*, p.92 et 93.

## **HYPOTHÈSE DÉFINITIVE DE TRAVAIL**

Si je me recentre sur mes motivations et sur les objectifs que je me suis fixés, je valide donc à partir des connaissances apportées par le cadre conceptuel qu'il est nécessaire d'effectuer un état des lieux avant de déterminer les axes de travail propres à chaque unité.

Chaque service risque d'être différent selon les soignants qui y travaillent, la pensée professionnelle du groupe, les types de soins dispensés, les moyens déjà existants...

Ce travail doit se situer dans une vision opérationnelle tenant compte des spécificités de chaque service avec cependant **une cohérence d'ensemble**.

De plus, il n'est pas rare qu'un patient soit hospitalisé successivement dans plusieurs services du GHPSJ.

A titre d'exemple un patient âgé de plus de 60 ans devant subir une amputation va d'abord être admis en chirurgie vasculaire sur le site de Saint-Joseph pour une durée n'excédant généralement pas une semaine, puis être transféré dans le service de soins de suite post opératoire du site de Notre-Dame-de-Bon-Secours durant plusieurs semaines avant, soit de rentrer chez lui, soit de partir en centre d'appareillage.

Qu'il soit en chirurgie vasculaire ou en service de Soins de Suite, il aura la réfection de son pansement tous les jours.

Il est humainement et éthiquement impensable qu'il ne puisse pas bénéficier de la même qualité de prise en charge d'un service à l'autre.

Finalement, quel que soit le lieu où est hospitalisé le patient, il doit lui être garanti une même prise en charge, mais le chemin pour parvenir à ce résultat peut être différent selon l'état des lieux initial.

Cette réflexion m'amène donc à enquêter service par service sur :

- les soins douloureux prodigués,
- les connaissances des soignants,
- les moyens dont ils disposent et qu'ils utilisent pour prévenir la douleur, qu'ils connaissent mais qu'ils n'ont pas à leur disposition,
- les opinions et sentiments vis-à-vis de la douleur induite par les soins.

L'hypothèse de travail devient donc :

**Une analyse des pratiques existantes et du vécu des soignants est un préalable nécessaire à l'élaboration d'une démarche collective permettant aux patients de bénéficier d'une prise en charge adaptée des douleurs induites par leurs soins.**

Le but de ce travail est donc de construire et de tester un outil **reproductible** qui permette d'établir un état des lieux service par service.

# L'ENQUÊTE

## **I. CHOIX DE LA POPULATION**

Recherchant un état des lieux le plus exhaustif possible, j'ai décidé d'inclure tous les infirmiers et les aides-soignants de jour comme de nuit ainsi que le cadre et le responsable médical du service.

Envisager à l'issue de l'état des lieux d'élaborer avec l'équipe une démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur induite par les soins, nécessitait d'inclure les responsables paramédicaux et médicaux.

J'entends par **responsable médical**, le ou un des médecins chargé(s) du suivi quotidien de la prise en charge médicale des patients du service.

Pour le **responsable paramédical**, il s'agit du cadre dit de proximité du service.

Concernant le **personnel infirmier et aide-soignant**, il convient de préciser qu'au sein du GHPSJ chaque service a des effectifs propres donc du personnel en poste fixe, qui pour la plupart travaillent en 11 heures (12 heures de présence dont 1 heure de pause) mais que chaque pôle a aussi des polyvalents qui vont assurer les remplacements des congés, des RTT au sein des différents services du pôle.

Pour le **choix du service**, je n'avais que l'embarras du choix. Mais, j'ai d'emblée exclu pour débiter de prendre un service de pédiatrie n'ayant aucune expérience dans ce domaine. De plus, à l'époque de l'enquête, les cours dispensés au D.U. relatifs à la douleur de l'enfant n'avaient pas encore eu lieu. J'ai finalement préféré me rendre dans un service avec lequel je n'avais jamais travaillé et où les soignants ne me connaissaient pas ou très peu, limitant ainsi le risque de biais pour tester un outil qui se veut reproductible

Ainsi, j'ai décidé d'aller enquêter dans le **service de Médecine Interne** situé sur le site St Michel. Un des médecins de l'unité fait partie du CLUD et m'a exprimé le désir de l'équipe d'avoir une formation sur la douleur. J'ai donc pensé que celle-ci serait favorable à ma démarche.

## **II. CHOIX DE L'OUTIL**

- **L'observation** est l'un des outils pertinents pour évaluer les pratiques. Cependant, j'ai préféré l'exclure compte tenu du contexte actuel de l'hôpital. En effet, juste avant l'enquête, un audit a été réalisé sur tout l'établissement, pendant lequel certains soignants ont eu le sentiment de voir leur travail contrôlé, jugé. Une fois que j'aurai enclenché un travail concret avec l'équipe et instauré un climat de confiance, il me sera plus facile d'aller les voir travailler.
- **Le questionnaire** aurait aussi pu se concevoir. Mais désireuse d'avoir une vue exhaustive des pratiques soignantes, je ne pouvais prendre le risque, lié à cet outil, de ne pouvoir en récupérer la totalité. Lors d'une enquête par questionnaire, il y a en effet toujours un écart entre le nombre distribués et le nombre récupérés. De plus, cet outil recueille des informations selon un mode déclaratif non contrôlable. Après tout, mon désir était d'aller à la rencontre des soignants.

- **L'entretien semi-directif** s'est donc imposé. De plus, c'est l'outil le plus adapté pour recueillir le ressenti de la population étudiée, même si le mode de recueil est, comme pour le questionnaire, déclaratif et donc non contrôlable.

**Un guide d'entretien** a été élaboré pour chaque catégorie de personnel soit 1 pour le responsable médical (annexe IV – b), 1 pour le responsable paramédical (annexe IV – c) et 1 pour les soignants (annexe IV – a). Tous les 3 ont été construits selon la même logique et comportent chacun 5 parties :

### **I<sup>ère</sup> partie : PRÉSENTATION**

L'objectif étant :

- ☞ d'établir une présentation de la spécificité du service et du personnel

### **II<sup>ème</sup> partie : IDENTIFICATION DES SOINS DOULOUREUX**

☞ Quels soins sont concernés ?

☞ Sur quels critères sont-ils reconnus douloureux ?

Les objectifs étant :

- ☞ d'établir un « listing » des soins les plus douloureux selon les différents membres du service,
- ☞ de repérer les critères sur lesquels est fondé l'étiquetage «douloureux»,
- ☞ de comparer les réponses entre chaque catégorie de personnel : sont-elles très homogènes ou disparates au sein d'une même catégorie ou entre les catégories et selon quels critères (fonction, ancienneté dans le service, ancienneté dans la fonction, formation antérieure sur le sujet...)?

### **III<sup>ème</sup> partie : PRATIQUES ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE**

☞ Quels moyens ?

☞ Quels outils ?

Les objectifs étant :

- ☞ de déterminer les modalités d'évaluation de la douleur induite par les soins
- ☞ de recenser les moyens, les outils existants au service de la prise en charge de la douleur induite par les soins.

### **IV<sup>ème</sup> partie : PERSPECTIVES D'EVOLUTION POSSIBLE**

☞ D'autres pratiques pourraient-elles être développées dans le service ?

Les objectifs étant :

- ☞ d'évaluer leurs connaissances sur les moyens de prise en charge
- ☞ de cerner le vécu des IDE et des AS vis-à-vis de la douleur induite par les soins
- ☞ de repérer les opinions, les attraits, les freins vis-à-vis des différents moyens de prévention
- ☞ de comparer les réponses entre chaque catégorie de personnel : sont-elles très homogènes ou disparates au sein d'une même catégorie ou entre les catégories et selon quels critères (fonction, ancienneté dans le service, ancienneté dans la fonction, formation antérieure sur le sujet...)?

## V<sup>ème</sup> partie : LA PLACE DE LA FORMATION

Les objectifs étant :

- ☞ de déterminer les souhaits en matière de formation,
- ☞ de comparer les réponses entre chaque catégorie de personnel : sont-elles très homogènes ou disparates au sein d'une même catégorie ou entre les catégories et selon quels critères (fonction, ancienneté dans le service, ancienneté dans la fonction, formation antérieure sur le sujet...) ?

### **III. PRE-TEST**

J'ai effectué le pré-test auprès d'une infirmière et d'un aide-soignant d'un service de mon pôle et auprès d'un cadre, d'un médecin et d'une infirmière d'un autre service du pôle. Tous les entretiens ont duré entre 25 et 35 minutes.

Les interviewés ont déclaré être très intéressés par ce sujet jugé concret et pertinent par rapport à leurs pratiques quotidiennes.

Les questions ont toutes été bien comprises. Elles ont aussi été bien reçues y compris les questions plus engageantes comme le ressenti face à la douleur du patient durant un soin. Les soignants m'ont d'ailleurs précisé que ce type de question avait le mérite de les faire parler sur les vrais problèmes, ce qui est nécessaire, selon eux, si on veut apporter des changements.

Il m'a été suggéré de rajouter une question sur la collaboration entre médecins et soignants.

Concernant la conduite d'entretien, j'ai constaté qu'il fallait être vigilant face au risque de se trouver entraîné vers un sujet plus large ; toutes les personnes ont à plusieurs reprises étendu leurs réponses à la problématique de la douleur en général.

Enfin, lorsque j'ai demandé aux soignants de se souvenir du dernier soin douloureux réalisé, je suis pratiquement sûre, pour au moins 2 d'entre eux, qu'ils m'ont relaté non pas le dernier soin douloureux pour le patient mais le dernier soin qui a été émotionnellement difficile donc douloureux pour eux en tant que soignant.



## **IV. FACILITÉS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

Je n'ai pas rencontré de difficultés majeures dans la conduite des entretiens. C'est une technique avec laquelle je suis familiarisée et qui s'est confirmée bien adaptée à mon hypothèse de travail.

J'avais pris soin de rédiger la quasi intégralité du cadre conceptuel avant de débiter l'enquête ; la construction de l'outil s'en est ainsi trouvée facilitée.

Pour analyser le contenu des entretiens, compte tenu des caractéristiques des patients hospitalisés dans le service où j'ai enquêté, j'ai été cependant amenée à étayer certaines parties du cadre sur la spécificité de la douleur chez la personne âgée.

J'ai eu aussi la chance de pouvoir assister à la V<sup>ème</sup> Journée Annuelle des participants aux Diplômes Universitaires de prise en charge de la douleur, organisée par le laboratoire Pfizer, consacrée en partie à la douleur chez la personne âgée.

En revanche, j'ai oublié, avant de débiter l'enquête, de poser explicitement une question relative à l'évaluation de la douleur induite par les soins aux IDE et aux AS.

Ainsi, après avoir interviewé quelques personnes, j'ai poursuivi mes entretiens en ajoutant une question sur les outils qu'elles utilisaient pour évaluer la douleur. Même si cette démarche a manqué de rigueur sur un plan méthodologique, les réponses obtenues me permettent quand même de poser certaines hypothèses quant à la pratique de l'évaluation de la douleur dans le service.

Lors d'une prochaine enquête, il sera pertinent de prévoir pour tous une question ciblée sur l'évaluation de la douleur induite par les soins. S'il s'avère, comme ce fut le cas ici, que l'évaluation de la douleur autour du soin n'est pas systématique et est apparemment peu tracée, il conviendra d'étendre la question à l'évaluation de la douleur en général.

Faire préciser aux professionnels les moments de la journée où ils évaluent, les personnes qui évaluent et les outils qu'ils utilisent peut s'avérer utile pour se faire une idée des pratiques d'évaluation autour du soin.

Pour être comprise, la question permettant d'identifier les facteurs d'influence de la douleur d'un soin a souvent dû être reformulée plusieurs fois. De plus, elle n'a pas spécifiquement enrichi ma connaissance des pratiques existantes dans le service ni du vécu des soignants.

Déclarer que l'on sait, par exemple, que le manque d'explications avant un soin majore la douleur de celui-ci, ne permet pas de conclure que, dans sa pratique, on inclut alors systématiquement un temps d'explications. Cette question sera donc retirée lors d'une prochaine enquête.

Le responsable médical et le cadre du service ayant eu à cœur de faciliter ma venue, je n'ai eu aucune difficulté à rencontrer les soignants. Ils avaient tous été avertis de mon passage et ont fait preuve de beaucoup de bonne volonté pour se rendre disponibles.

De plus, durant l'enquête, je suivais une formation de 3 jours sur le toucher-massage avec 1 infirmière et 1 aide-soignant du service ; ce qui a aussi très certainement contribué à pouvoir m'introduire facilement dans le service.

Enfin, comme lors du pré-test, les enquêtés déclarent à la question 15, ne pas avoir été gênés par les questions, à l'exception de 2 personnes (pour des raisons que j'expliquerai ultérieurement), où l'argumentation développée pour expliquer cette gêne a fourni des éléments utiles à l'analyse.

Ainsi globalement, les professionnels ont répondu avec beaucoup de sérieux se disant très intéressés par ce sujet concret et ciblé sur leur pratique et leur questionnement au quotidien.

Les remarques ont été les suivantes : « *non, je n'ai pas du tout été gêné... :*

- ✓ *car au contraire je vous ai parlé de mon vécu et un partage d'idées c'est important.*
- ✓ *si ça pouvait apporter quelque chose.*
- ✓ *je souhaite que ça soit approfondi par des formations.*
- ✓ *à partir du moment où on est avec des professionnels, on peut tout dire. »*

La perspective d'une suite à l'enquête avec, par exemple, des formations et un accompagnement dans la mise en œuvre d'une démarche collective d'amélioration a semblé les séduire et donner du sens à l'enquête. Il ne s'agit là que d'un sentiment, mais encore une fois j'ai été marquée par leur effort pour se rendre disponible.

## V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'enquête s'est déroulée entre le 25 mars et le 5 avril auprès de 19 personnes : le responsable médical (**RM**), le cadre du service (**RPM**), 9 infirmiers (**IDE**) et 8 aides soignants (**AS**). Les entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes.

### 1. Présentation du service

Elle est réalisée à partir des éléments fournis par le responsable médical et le responsable paramédical au début de l'entretien.

**Le service de Médecine interne** est situé sur le site de Saint-Michel et fait partie du pôle Médecine qui comprend les services suivants :

- ✓ Médecine interne,
- ✓ Gériatrie aiguë,
- ✓ Médecine infectieuse,
- ✓ Neurologie,
- ✓ Pneumologie,
- ✓ Consultations et plateau technique.

Le service de Médecine interne comporte 26 lits avec une activité d'environ 950 admissions pour l'année 2007 avec une DMS d'environ 8 jours.

70 % des patients accueillis sont issus du SAU. Les autres modes de recrutement sont la consultation, les demandes directes des médecins de ville et les mutations internes (oncologie, cardiologie, gastro-entérologie, etc....).

Les patients sont plutôt âgés; la moyenne d'âge étant d'environ 75 ans avec beaucoup de personnes très âgées et polyopathologiques. Ainsi selon les responsables du service, très peu de patients présentent une pathologie unique, mais plutôt un profil typique de patients gériatriques. Lorsque j'ai demandé aux soignants de se remémorer le dernier soin douloureux effectué, tous m'ont exposé des situations de soins auprès de patients âgés (80 ans et plus), dont un certain nombre étaient dyscommunicants.

Le responsable paramédical a souligné que 40 % des patients avaient des difficultés sociales ou se trouvaient dans un contexte d'isolement.

On retrouve d'ailleurs chez les IDE et les AS beaucoup de réponses ou de remarques similaires venant corroborer les propos des responsables médicaux et paramédicaux quant au profil des patients : personnes âgées avec des troubles de la communication et, pour certaines d'entre elles, un fond douloureux déjà présent en dehors des soins.

Concernant les modes de sortie, il s'avère qu'environ 50 % des patients retournent à leur domicile avec, pour certains, la mise en place d'aides diverses, 30 % partent en service de soins de suite et réadaptation dont 10 % au SSR du site de Notre-Dame-de-Bon-Secours. Le dernier mode de sortie étant la mutation interne (oncologie, gastro-entérologie, etc....)

Aux dires des soignants, les situations de fin de vie ne sont pas exceptionnelles, ou en tout cas, elles les préoccupent beaucoup. Ce point sera repris plus tard.

Pour le dépouillement, j'ai choisi pour la plupart des questions de faire dans un premier temps des sous-catégories tenant compte de la fonction (responsable médical, responsable paramédical, IDE et AS) et de l'horaire de travail (jour ou nuit).

Au total, il y a donc 6 sous-catégories :

- ✓ RM : Responsable médical.
- ✓ RPM : Responsable paramédical ou cadre du service.
- ✓ IDE J : équipe IDE de jour.
- ✓ IDE N : équipe IDE de nuit.
- ✓ AS J : équipe AS de jour.
- ✓ AS N : équipe AS de nuit.

En effet, pour un bon nombre de questions il était important de corréler les réponses à la fonction et à l'horaire de travail.

## 2. Descriptif de l'équipe

Il ressort du dépouillement de la (Q1) et de la (Q13) que :

### Question (Q1)

L'équipe est composée d'une équipe médicale avec un chef de service aussi responsable du service de médecine vasculaire, le responsable médical de l'unité (RM) qui assure le suivi des patients au quotidien, 2 autres médecins à temps plein, 1 à temps partiel, 3 internes et 3 externes.

**Le responsable médical** de l'unité exerce à temps plein dans le service depuis un peu plus de 5 ans. Ce médecin fait partie du CLUD et relate avoir beaucoup lu sur le sujet de la douleur liée aux soins. C'est au décours de son exercice aux urgences où il a longtemps travaillé, qu'il a commencé à s'intéresser à la douleur des patients accueillis. Il relate avoir été, à l'époque, très « *choqué par le mépris des médecins vis-à-vis de la douleur lors des soins ainsi que par la dureté des soignants* ». Cette implication du responsable médical se retrouve dans le discours des soignants.

**Le cadre du service** est arrivé en décembre 2006 en tant que faisant fonction de cadre. Auparavant, elle a exercé comme infirmière durant 10 ans en moyen séjour, en cardiologie, en pneumologie. Personnellement elle n'a jamais bénéficié de formation spécifique relative à la douleur liée aux soins et n'en a pas encore organisé pour son équipe depuis son arrivée.

**L'équipe paramédicale** est constituée d'un cadre à temps plein, d'infirmiers, d'aides soignants, de kinésithérapeutes (2 à mi-temps soit 1 temps plein au total) et d'une secrétaire médicale temps plein.

Les effectifs théoriques des infirmiers et aides soignants sont les suivants :

		Présents/Jour	Total
<b>Equipe de Jour</b>	IDE	3 en 11 h	6
	AS	2 en 11 h 1 en 7 h	5
<b>Equipe de Nuit</b>	IDE	2 en 11 h	4
	AS	1 en 11 h	2

Au total, les effectifs théoriques sont pour le service de 10 ETP (équivalent temps plein) infirmiers et 7 ETP aides soignants. Sur les 10 postes infirmiers 1 poste de jour était vacant. J'ai finalement rencontré 8 IDE en poste fixe et 1 IDE polyvalente du pôle ; le 4<sup>ème</sup> IDE de nuit était en congé durant la période de l'enquête.

Sur les 7 aides-soignants en poste fixe du service, je les ai tous rencontrés ainsi qu'1 aide-soignant polyvalent du pôle.

### L'équipe infirmière

	Diplômé(e) depuis	Exercice antérieur comme aide-soignant	Ancienneté dans le service
IDE J1	6 ans	non	5 ans
IDE J2	1 an	AS durant 10 ans brancardier durant 7 ans	1 an
IDE J3	7 ans	non	1 an 1/2
IDE J4	3 ans	9 ans	3 ans
IDE J5	4 mois	non	4 mois
IDE J6	10 mois	non	10 mois
IDE N	14 ans	non	1 an
IDE N2	20 ans	non	10 ans
IDE N3	31 ans	non	23 ans, de nuit depuis 2 ans

*Lire : IDE J1 : infirmier de jour n°1  
IDE N1 : infirmier de nuit n° 1*

### **Profil de l'équipe de jour :**

Rencontre de 5 professionnels en poste fixe et 1 infirmière polyvalente de pôle

- ☞ L'ancienneté du diplôme s'échelonne entre 10 mois et 7 ans avec la moitié de l'équipe comptant au plus 1 an de diplôme et l'autre moitié plus expérimentée (3 ans, 6 ans et 7 ans). Parmi ces infirmiers, 2 sont issus de la promotion professionnelle ayant exercé auparavant comme aide-soignant et brancardier pour 1 des 2.
- ☞ L'ancienneté dans le milieu soignant, en tenant compte de l'exercice comme aide-soignant, se situe au final à moins d'1 an d'expérience pour 2 IDE et à au moins 6 ans pour 4 IDE.
- ☞ L'ancienneté dans le service est assez récente à l'exception d'1 IDE qui est là depuis 5 ans. Tous les autres sont en poste depuis moins de 2 ans (de 4 mois à 1 an 1/2)

### **Profil de l'équipe de nuit**

- ☞ Les 3 IDE sont anciens dans l'exercice de la profession d'infirmier (de 14 ans à 31 ans d'ancienneté de diplôme) ainsi que dans le service pour 2 d'entre eux.

### **Question (Q13) :**

La formation antérieure de l'équipe relative à la douleur induite par les soins est quasi-inexistante, à l'exception d'1 IDE qui a suivi une formation sur les massages quand elle était AS et d'1 IDE qui se rappelle avoir été sensibilisée à la prévention de la douleur lors de la réfection des pansements durant ses études ; elle faisait alors référence à son stage en vasculaire où, comme je l'ai expliqué au début du travail, un protocole d'utilisation du MEOPA a été instauré.

## L'équipe aide-soignante

	Diplômé(e) depuis	autre fonction exercée	Ancienneté dans le service
AS J1	3 ans	10 ans comme agent	3 ans
AS J2	1 mois	1 an ½ comme agent	1 mois
AS J3	9 ans	Non mais 2 premières années d'études d'infirmière	1 mois
AS J4	26 ans	?	8 ans
AS J5	3 ans	?	1 an 1/2
AS J6	25 ans	?	16 ans
AS N1	plus de 20 ans	?	4 à 5 ans
AS N2	16 ans	?	10 ans

*Lire : AS J1 : Aide-soignant de jour n°1*

*AS N1 : Aide-soignant de nuit n°1*

### **Profil de l'équipe de jour**

Rencontre de l'intégralité de l'équipe soit les 4 AS en 11h et 1 AS en 7h (actuellement en mi-temps thérapeutique) ainsi qu'1 AS polyvalente du pôle

- ☞ La fourchette relative à l'ancienneté dans l'exercice du métier d'AS est très large : elle est comprise entre 1 mois (AS polyvalente du pôle) et 26 ans ; globalement l'équipe est plutôt composée d'AS expérimentés. Ils sont, pour la moitié, récents dans le service, et pour l'autre moitié, plus anciens.

### **Profil de l'équipe de nuit**

- ☞ Les 2 AS de nuit sont expérimentés dans l'exercice de leur fonction et connaissent bien le service.

### **Question (Q13) :**

La formation antérieure de l'équipe AS relative à la douleur induite par les soins se résume aussi à la formation « toucher-massage » pour 2 d'entre eux durant leurs études. Une AS relate avoir été membre du CLUD lorsqu'elle travaillait dans un centre de rééducation.

## **3. Les soins douloureux**

### **Questions (Q2), (Q3), (Q5) : Nature des soins**

Je ne présenterai finalement que les réponses aux **questions (Q2) et (Q5)**. Les résultats tant quantitatifs que qualitatifs sont suffisamment éloquentes pour faire émerger les soins qui posent le plus de problèmes aux soignants dans ce service.

Les réponses relatives à la **question (Q3)** qui demandait aux soignants d'établir une hiérarchisation des 3 soins les plus douloureux sont difficilement interprétables ; un certain nombre de soignants n'a cité que 2 ou 3 soins ; la hiérarchisation n'ayant alors pas de sens.

J'ai aussi pu constater que les soins les plus cités sont ceux spontanément énoncés en premier. On pourrait aussi imaginer qu'ils soient aussi les plus fréquents.

Les résultats quantitatifs de la **question (Q2)** et d'une partie de la **question (Q5)** sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	RM	RPM	IDE J (sur 6)	IDE N (sur 3)	Total IDE (sur 9)	AS J (sur 6)	AS N (sur 1)	Total AS (sur 7)	<b>Tota l équi pe (sur 18)</b>	<b>Dernier soin douloureux (sur 16)</b>
<b>Mobilisations</b>	1	1	5	3	8	6	1	7	<b>17</b>	7
<b>Pansement d'escarre</b>	1	1	6	1	7	4	0	4	<b>13</b>	6
<b>Pansement d'ulcère</b>	1	0	2	1	3	0	0	0	<b>4</b>	0
<b>Pose perfusion S/C ou IV</b>	0	1	4	3	7	1	0	1	<b>9</b>	0
<b>Gaz du sang</b>	1	0	4	2	6	0	0	0	<b>7</b>	0
<b>Prélèvement sanguin veineux</b>	1	1	2	0	2	1	0	1	<b>5</b>	1
<b>Aspiration bronchique</b>	0	0	2	1	3	0	0	0	<b>3</b>	0
<b>Ponctions diverses (pleurales, lombaires...)</b>	1	0	1	1	2	0	0	0	<b>3</b>	0
<b>Injections IM, S/C</b>	0	0	1	1	2	1	0	1	<b>3</b>	1
<b>Tubage gastrique</b>	0	0	1	1	2	0	0	0	<b>2</b>	1
<b>Pose sonde gastrique</b>	0	0	0	1	1	0	0	0	<b>1</b>	0
<b>Pose sonde urinaire</b>	0	0	0	1	1	0	1	1	<b>2</b>	0
<b>Sutures</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>	0
<b>Toilette intime chez homme</b>	0	0	0	0	0	1	0	1	<b>1</b>	0

*Nombre de fois où le soin a été cité selon la catégorie professionnelle et l'horaire de travail*

*NB : pour 1 aide-soignante, les réponses ne figurent pas : malgré de multiples relances, la personne n'a pas compris mes questions.*

### **Commentaires :**

D'un point de vue strictement quantitatif, 2 catégories de soins sont mises en exergue, à savoir les mobilisations et les pansements. Ils font quasiment l'unanimité chez les enquêtés, quelle que soit leur catégorie professionnelle.

### ☞ Les mobilisations :

17 personnes sur 18 les ont citées soit de manière générale soit intégrées à un soin en particulier comme la toilette, les changes, le lever, la pesée, la remontée dans le lit, la kinésithérapie ou le transport en ambulance lorsque par exemple une consultation aux urgences sur le site de Saint-Joseph est nécessaire.

Légitimement, les soignants de jour ont situé les mobilisations dans des contextes de soins réalisés le jour comme la toilette, le lever...et les soignants de nuit ont tous cité la douleur survenant à la mobilisation au décours des changes.

Lorsque je leur ai demandé de se rappeler du dernier soin douloureux réalisé, la toilette pour l'équipe de jour et le change pour l'équipe de nuit ont été les situations de soin les plus exposées : 5 AS et 2 IDE ont relaté la réalisation de ces soins auprès de patients âgés qui présentaient une altération de l'état général ou qui étaient en fin de vie et/ou déprimés.

Concernant la douleur, ces patients présentaient soit des douleurs diffuses soit des douleurs localisées en lien avec une pathologie somatique identifiée (douleur de métastase osseuse, douleur suite à une fracture, etc...). La composante psychologique à type d'anxiété ou de dépression était souvent présente.

La problématique de la raideur a été évoquée plusieurs fois, souvent liée par les soignants à l'appréhension : « *ils appréhendent alors ils se raidissent* », « *la mobilisation est rendue très difficile car les patients se raidissent* ».

L'appréhension, l'angoisse interpellent certains soignants : « *je ne l'avais par encore touchée alors qu'elle criait déjà* ».

### ☞ Les pansements :

13 personnes ont cité les **pansements d'escarres**, à savoir tous les IDE de jour, le RM et le RPM. Seule 1 IDE de nuit (ayant d'ailleurs travaillé de nombreuses années de jour dans le service avant de passer de nuit), a évoqué ce soin ; ce qui est lié au fait que la réfection de pansement est typiquement un soin réalisé de jour.

4 AS de jour a aussi pensé à évoquer ce soin ; il semble que les AS soient très souvent associés à celui-ci ayant pour rôle d'aider l'ide en maintenant le membre du patient dans une position favorable à la réalisation du soin.

6 situations de soins de réfection de pansement d'escarre ont été exposées comme étant le dernier soin douloureux réalisé.

La 2<sup>ème</sup> catégorie de pansement est le **pansement d'ulcère** cité 4 fois par RM ou IDE.

Si on additionne les 2 catégories de pansements on obtient un total de 17 personnes qui identifient la réfection de pansement comme un soin douloureux.

Après ces 2 principales catégories de soins, d'autres types de soins sont globalement plus fréquemment cités par les IDE que par les AS. Il s'agit de soins sur prescription auxquels les AS sont plus rarement associés.

Par ordre de fréquence, sont cités :

☞ **la pose de perfusion par voie IV ou S/C** : 9 personnes soit 50 % de l'équipe dont tous les IDE de nuit, le RPM, 4 IDE de jour et 1 AS ; Les IDE de nuit sont semble t-il fréquemment confrontés à la pose de perfusion par voie S/C (je suppose à visée d'hydratation) et les IDE de jour à la pose de perfusion par voie IV auprès de patients âgés connus pour avoir des veines très fragiles.



- ☞ les gaz du sang : 7 personnes dont le RM et 6 IDE,
- ☞ les prélèvements sanguins veineux : 5 personnes dont RM, RPM, 2 IDE et 1 AS,
- ☞ les injections IM et S/C : 3 personnes,
- ☞ le tubage gastrique et la pose de sonde gastrique : 3 personnes,
- ☞ les ponctions diverses : pleurales, lombaires, d'ascite... : 3 personnes,
- ☞ les aspirations bronchiques : 3 personnes dont 1 AS qui m'a cité ce soin auprès d'un malade qui est décédé très peu de temps après ce soin,
- ☞ la pose de la sonde urinaire : 2 personnes,
- ☞ les infiltrations : 1 personne,
- ☞ les sutures : 1 personne,
- ☞ la toilette intime chez un homme : soin cité par une AS très jeune dans le métier.

#### 4. Repérage de la douleur induite par les soins

Si on s'intéresse aux pratiques des soignants pour repérer les soins douloureux et pour évaluer la douleur liée aux soins, il convient d'étudier :

- ✓ les réponses à la question (Q5) relative au dernier soin douloureux réalisé du guide d'entretien des IDE et AS et (Q5bis) du guide d'entretien du RM et du RPM,
- ✓ les réponses à la question (Q8) portant sur les transmissions.

**Le RM** reconnaît un soin douloureux grâce :

- ✓ à l'expression verbale de la douleur par le patient et/ou les signes comportementaux non verbaux,
- ✓ aux transmissions orales des IDE et AS : « *ils me disent : qu'ils n'arrivent plus à lever Mme X...que ce n'est pas possible de continuer ainsi* »,
- ✓ à l'utilisation de l'EVA : « *j'utilise l'EVA la plupart du temps et j'ai retrouvé la Doloplus simplifiée* ».

**Le RPM** reconnaît un soin douloureux grâce :

- ✓ à la verbalisation du patient,
- ✓ aux signes comportementaux comme le patient figé, crispé pendant le soin,
- ✓ aux transmissions du matin avec les IDE et les AS

Le RPM exprime être « *très mal à l'aise avec l'EVA, je ne suis pas capable de l'utiliser, je demande oui, non, où, quand, un peu, beaucoup, je regarde le faciès, je me fie à ce que je vois* »

Concernant **les IDE et les AS**, l'évaluation de la douleur avant, pendant ou après le soin n'a jamais été évoquée spontanément; il aura fallu plusieurs relances pour tenter d'approcher les pratiques du service.

Cependant, il apparaît que le plus souvent ce sont les signes comportementaux non verbaux qui alertent les soignants.

Sont cités :

- ✓ le visage crispé,
- ✓ le retrait du membre où est effectué le soin,
- ✓ les gémissements,
- ✓ les cris,
- ✓ les raideurs.

Ces signes sont relevés pendant le soin mais semble-t-il, ni avant ni après. Certains soignants s'en tiennent à demander aux patients s'ils ont mal, n'attendant alors qu'une réponse simple de type oui ou non.

Je leur ai demandé pour certains s'ils avaient utilisé une échelle en particulier lors du dernier soin douloureux, ce qui a souvent donné lieu à des réponses hésitantes. J'ai eu l'impression peut-être à tort que cette question d'évaluation les mettait mal à l'aise. En plus je ne suis pas certaine que lorsqu'ils m'ont cité des échelles, il s'agissait bien d'outils utilisés autour du soin et non, plutôt de manière générale en dehors des soins.

Ont été cités :

- ✓ l'EVA par 3 personnes, dont 1 personne qui m'a expliqué l'utiliser parfois car les médecins la réclament et 1 autre personne qui m'a dit que pendant le soin la personne avait environ 12-15 (sachant que le résultat est entre 0 et 10...)
- ✓ l'EN : 5 fois, dont 1 personne qui a précisé l'utiliser seulement parfois

7 personnes m'ont avoué qu'elles n'utilisaient jamais d'outil quelles que soient les circonstances.

D'autres dires ont retenu mon attention :

- ☞ IDE : « *je leur demande un chiffre entre 0 et 10 et s'ils n'y arrivent pas c'est moi qui l'attribue* ».
- ☞ IDE : « *Doloplus c'est trop long, je ne la trouve pas objective...moi je me fie à mon instinct comme je les perçois, j'arrive à voir leurs mouvements et j'en déduis...* ».
- ☞ IDE : « *Doloplus, ça prend trop de temps* ».
- ☞ IDE : « *l'EVA on nous a dit de le demander systématiquement et je me rends compte que je l'utilise uniquement quand on va me le demander* ».
- ☞ IDE : « *la réglette on l'utilise pas, ça donne des chiffres non significatifs* ».
- ☞ IDE : « *j'utilise parfois l'EVA car les médecins la réclament mais pour moi ce n'est pas un outil efficace* ».
- ☞ IDE : « *j'ai du mal à évaluer, c'est difficile chez les personnes démentes* ».
- ☞ IDE qui m'a relaté que le dernier soin douloureux qu'elle avait réalisé était un prélèvement sanguin veineux : « *je n'ai pas évalué ni avant ni pendant, je la (la patiente) connais, je sais à quoi ça correspond ses mimiques* ».
- ☞ AS : « *les AS c'est rare qu'on évalue c'est plutôt les IDE* ».
- ☞ AS : « *ce sont les IDE qui le font, moi je n'en utilise pas personnellement, en général c'est sur prescription* ».

Les réponses à la **question relative aux transmissions (Q8)** nous renseignent sur la circulation de l'information au sein de l'équipe et plus particulièrement sur ce qui se dit lorsqu'un soin a été jugé douloureux. Il faut cependant distinguer les réponses de l'équipe de jour et les réponses de l'équipe de nuit.

Equipe de jour :

Pour celle-ci, les réponses sont assez homogènes :

- ☞ Lorsqu'il est constaté qu'un soin est douloureux, l'information est systématiquement communiquée au médecin référent : « *j'en parle aux médecins si je pense que les prescriptions sont insuffisantes* » ... « *pour avoir une prescription* ». Ce circuit est particulièrement fonctionnel pour des soins comme les pansements. Pour les autres soins les réponses que j'ai pu avoir sont plus mitigées (ce point sera repris ultérieurement). Les médecins peuvent être interpellés tant par les IDE que par les AS.

- ☞ Un IDE qui constate de la douleur lors d'un soin dit aussi le transmettre à l'AS qui travaille avec lui et aux autres IDE ; il en va de même pour les AS.
  - ☞ Le temps de transmissions du matin qui réunit IDE, AS et le cadre du service semble être aussi un moment propice pour évoquer la douleur d'un patient.  
Hypothèse confirmée par le RPM : « la douleur c'est un sujet dont on parle quotidiennement dans le service » mais réfutée par d'autres soignants « on en parle pas beaucoup de la douleur », « en réa, on avait...des réunions, on en parlait ».
  - ☞ Enfin les IDE disent aussi transmettre les informations aux collègues de nuit.
  - ☞ Concernant les transmissions écrites, elles sont surtout effectuées par les IDE et très peu par les AS : « les transmissions écrites, ce sont les IDE », « je ne fais pas de transmissions écrites, je sais que c'est pas bien », « on a accès aux feuilles de transmissions mais c'est l'IDE qui écrit, nous on coche les soins faits ».
- Il m'est difficile de savoir ce que les IDE écrivent sur les problèmes de douleur des patients lors des soins. Pour en savoir plus, il serait nécessaire d'étudier le contenu des transmissions écrites dans les dossiers infirmiers.

### Equipe de nuit

- ☞ Pour celle-ci, la transmission orale concernant un soin douloureux se fait parfois avec l'AS qui est seule à se partager entre les 2 IDE de nuit, et aussi selon les IDE, aux collègues de jour. L'objectif attendu est d'obtenir une prescription d'antalgiques. Les IDE disent aussi consigner ces informations par écrit « c'est important d'écrire », « je n'hésite pas à noter par écrit ».

## 5. Facteurs contribuant à rendre un soin douloureux.

Le dépouillement de la **question (Q4)** se trouve résumé dans le tableau ci-dessous :

	IDE J (sur 6)	IDE N (sur 3)	Total IDE (sur 9)	AS J (sur 6)	AS N (sur 2)	Total AS (sur 8)	Total équipe (sur 17)
<b>Facteurs liés au soin lui même :</b>							
- type de soin	1	0	1	0	0	0	1
- lieu du corps	1	0	1	2	0	2	3
<b>Facteurs liés au patient :</b>							
- vécu antérieur	1	0	1	1	0	1	2
- seuil de perception	1	0	1	2	2	4	5
- appréhension	1	2	3	2	0	2	5
- état physique-fatigue	0	0	0	4	0	4	4
<b>Facteurs liés au soignant :</b>							
- manque de rapidité	1	0	1	0	0	0	1
- manque d'explications, de préparation	4	2	6	2	0	2	8
- être seul	2	1	3	0	0	0	3
- manque de dextérité	2	2	4	0	0	0	4
- ne pas savoir s'arrêter	1	1	2	0	0	0	2
- être stressé	1	0	1	0	0	0	1
- mauvaise évaluation pendant le soin	1	0	1	0	0	0	1
- manque de connaissances sur mobilisation	0	1	1	0	0	0	1
- ne pas être attentionné	0	0	0	1	0	1	1
- manque de temps consacré, de disponibilité	2	1	3	1	0	1	4
<b>Facteurs liés à l'environnement</b>							
Température de la pièce	0	0	0	1	0	1	1

<b>Facteurs liés à la prescription médicale</b>									
- insuffisance d'antalgiques en prémédication		4	0	4	0	0	0	0	4 2
- traitement de fond insuffisant		0	2	2	0	0	0	0	

Nombre de fois où le facteur a été cité selon la catégorie professionnelle.

Les facteurs les plus retenus par les soignants sont l'appréhension du soin, la différence du seuil de perception entre les individus et le manque d'explications avant le soin.

## 6. La prévention de la douleur induite par les soins : moyens existants et moyens à développer.

Concernant l'existence de documents écrits comme les protocoles, les procédures, les guides de recommandations (**Q7**) auxquels les soignants puissent se référer, les réponses sont unanimes : « *Il n'y en a aucun.* » Les réponses ont été soit très affirmatives : « *non* », soit plus nuancées comme « *pas à ma connaissance* », « *je ne sais pas* » « *je n'en ai pas vu* ». Cependant les soignants utilisent souvent le terme de « protocole » pour désigner une prescription d'antalgiques à appliquer avant le soin pour un patient donné.

Les moyens utilisés ont été listés à partir des réponses fournies à la **question (Q6)**, auxquelles j'ai ajouté les moyens cités lorsqu'ils m'ont relaté le dernier soin douloureux qu'ils avaient effectué (**Q5**).

C'est cette question qui a cependant gêné le RPM : « *ça m'a gêné car je n'ai pas de réponses autres que les médicaments et les matelas. On essaye de faire ce qu'on peut avec ce qu'on a mais je pense qu'on peut faire mieux.* »

Tous les moyens utilisés sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	RM	RPM	IDE J (sur 6)	IDE N (sur 3)	Total IDE (sur 9)	AS J (sur 6)	AS N (sur 2)	Total AS (sur 8)	Total équipe (sur 19)
<b>Antalgiques en prémédication</b>	1	1	6	3	9	6	1	7	<b>18</b>
<b>Anesthésiques locaux</b>									
- EMLA®	0	1	6	2	8	0	0	0	<b>9</b>
- Xylocaine® spray à 5 %	1	1	4	0	4	1	0	1	<b>7</b>
<b>MEOPA</b>	1	1	4	1	5	3	0	3	<b>10</b>
<b>Organisation</b>									
- faire en dernier	0	0	2	0	2	0	1	1	3
- ne rien oublier	0	0	0	0	0	1	0	1	1
- regroupement soins	0	0	0	0	0	1	0	1	1
- être à plusieurs	0	1	3	0	3	2	1	3	7
<b>Total</b>									<b>12</b>
<b>Installation confortable pour soignant et/ou</b>	0	0	3	1	4	2	0	2	<b>6</b>

patient									
<b>Soignant qui détourne l'attention</b>	0	0	1	0	1	1	0	1	2
<b>Toucher massage</b>	0	0	1	0	1	2	1	3	4
	<b>RM</b>	<b>RPM</b>	<b>IDE J</b> (sur 6)	<b>IDE N</b> (sur 3)	<b>Total IDE</b> (sur 9)	<b>AS J</b> (sur 6)	<b>AS N</b> (sur 2)	<b>Total AS</b> (sur 8)	<b>Total équipe</b> (sur 19)
<b>La relation soignant-soigné</b>									
- rassurer expliquer	0	0	0	2	2	2	1	3	5
- prévenir	0	0	0	1	1	0	0	0	1
- négocier	0	0	0	1	1	2	0	2	3
- mettre en confiance	0	0	1	1	2	0	0	0	2
<b>Comportement du Soignant durant le soin</b>									
- savoir s'arrêter, différer	0	0	2	1	3	1	0	1	4
- douceur, prendre son temps	0	0	0	0	0	5	2	7	7
<b>Aide UMSP<sup>(1)</sup></b>	0	0	2	1	3	1	0	1	4
<b>Matériel pour aider à la mobilisation pour posturer</b>	1	0	2	0	2	2	0	2	5
<b>Réponses hors sujet :</b>									
- PE <sup>(2)</sup>	0	1	2	0	2	4	0	4	7
- proposer un tilléul	0	0	0	0	0	0	1	1	1
- glace	0	0	1	0	1	0	0	0	1

Nombre de fois où le moyen a été cité selon la catégorie

<sup>(1)</sup> UMSP : Unité Mobile de Soins Palliatifs

<sup>(2)</sup> PE : prévention d'escarre : changement de position, matelas, massages préventifs.

Le tableau ci-dessous présente les réponses obtenues à la **question (Q10)** :

	RM	RPM	IDE J	IDE N	Total IDE	AS J	AS N	Total AS	Total équipe
			(sur 6)	(sur 3)	(sur 9)	(sur 6)	(sur 2)	(sur 8)	(sur 19)
Oui, mais ne sait pas lesquels	0	0	2	1	3	3	0	3	6
Non	0	0	0	1	1	0	1	1	2
Techniques de relaxation	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Hypnose	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Thérapies comportementales	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Musique	0	0	1	0	1	0	0	0	1

Bien utiliser ce qu'on a déjà	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Matériel pour faciliter la mobilisation	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Techniques de manipulation	0	0	1	0	1	0	0	0	1
	<b>RM</b>	<b>RPM</b>	<b>IDE J</b> (sur 6)	<b>IDE N</b> (sur 3)	<b>Total IDE</b> (sur 9)	<b>AS J</b> (sur 6)	<b>AS N</b> (sur 2)	<b>Total AS</b> (sur 8)	<b>Total équipe</b> (sur 19)
Plus de communication entre médecins et patients	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Psychologue	0	0	0	1	1	0	0	0	1
Massages	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Réunions d'informations sur la douleur	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Préparation relationnelle avant le soin à développer	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Donner des sédatifs	0	0	1	0	1	0	0	0	1

### Commentaires :

Les moyens cités sont nombreux tant pharmacologiques que non pharmacologiques. Les réponses hors sujet (qui ne sont pas directement un moyen de prévention) correspondent à des moyens non spécifiques. A noter que 7 personnes ont évoqué des moyens pour prévenir la survenue d'escarres.

## 6.1 - Les moyens pharmacologiques

### 6.1.1 Les antalgiques

Les antalgiques à administrer avant le soin ont été cités par tous les professionnels à l'exception d'1 AS. Certains IDE m'ont précisé le nom de molécules comme la Morphine (S/C ou per os comme l'Actiskénan®, l'Acupan®, etc...) avec parfois des confusions entre les antalgiques utilisés en prémédication et les antalgiques utilisés dans le traitement de fond (Skénan®, Topalgic LP®...).

### 6.1.2 Les anesthésiques locaux

Les anesthésiques locaux ont été cités 9 fois pour l'EMLA® et 7 fois pour la Xylocaïne® en spray avant détersion de plaie. Ces moyens ont été très peu envisagés par les AS (1 seule personne) ; ce qui peut s'expliquer par le fait que ce sont uniquement les IDE qui s'en servent.

Les IDE ont tous relié l'emploi de l'EMLA® à la prévention de la douleur liée aux gaz du sang et le RPM m'a précisé que le RM voulait de l'EMLA® pour tous les patients avant ponction.

Dans l'exemple où le dernier soin douloureux effectué était un prélèvement sanguin veineux, la crème EMLA® n'a pas été utilisée.

Le RPM émet des doutes quant à la bonne utilisation de la Xylocaine® en spray : « *pour la Xylocaine®, je ne suis pas sûre qu'on ait une bonne utilisation en quantité et en durée d'action* ».

Cette remarque déjà faite pour le délai d'action des antalgiques, fait écho avec une des propositions formulées par 1 des IDE sur la possibilité d'utiliser d'autres moyens « *il faudrait qu'on utilise déjà bien ce qu'on a* ». Je ne sais cependant pas à quels moyens cet IDE faisait référence.

### 6.1.3 Le MEOPA

Le MEOPA semble aussi bien connu des soignants : 10 personnes en ont parlé dont des IDE et des AS de jour ; l'IDE de nuit qui l'a cité s'avère être celle qui a été longtemps de jour et qui vient de passer de nuit. Le MEOPA n'est jamais utilisé la nuit. Lors de l'administration de MEOPA, les AS sont souvent présents ; c'est pourquoi certains y ont pensé.

## 6.2 - Les moyens non pharmacologiques

### 6.2.1 La qualité de la relation

- ✓ 11 réponses sont en lien avec ce moyen de prévention : rassurer et expliquer cité 5 fois, prévenir 1 fois, négocier 3 fois et mettre en confiance 2 fois.
- ✓ 2 professionnels ont donné 2 réponses. Ce qui fait qu'au final seuls 9 professionnels ont évoqué la relation : 1 IDE de jour, les 3 IDE de nuit, 4 AS de jour et 1 AS de nuit.

Les réponses émanent donc surtout des IDE de nuit et des AS de jour.

### 6.2.2 Le comportement du professionnel

- ✓ 7 AS ont dit qu'il fallait savoir aller doucement et s'adapter au rythme du patient mais aucun IDE n'a formulé cette idée.
- ✓ 3 IDE et 1 AS ont exprimé qu'il était important de savoir s'arrêter et/ou de différer le soin si besoin.

### 6.2.3 L'organisation et l'installation

L'importance de l'organisation a été évoquée 12 fois, réparties comme suit :

- ✓ 7 personnes estiment qu'être à 2 fait aussi partie des moyens. Comme l'indique le RPM « *dans le service, ils travaillent en binôme* ». Les réponses qui m'ont été données sur le rôle de la 2<sup>ème</sup> personne sont : tenir le membre lors d'un pansement, aider à la mobilisation, tenir la main, détourner l'attention (cité 1 fois).
- ✓ 3 personnes m'ont expliqué s'organiser de telle sorte que les patients les plus difficiles (difficiles à mobiliser et douloureux) voient leur soin réalisé en dernier. Ainsi ils sont plus disponibles et peuvent leur consacrer plus de temps
- ✓ 1 personne dit que prévenir la douleur passe aussi par le fait de ne rien oublier
- ✓ 1 personne évoque le regroupement des soins
- ✓ Les IDE de nuit n'ont jamais évoqué l'organisation

- ✓ Une installation confortable pour le soignant et pour le patient est un moyen identifié de prévention pour 6 personnes

#### 6.2.4 Le matériel

- ✓ Disposer de matériel pour faciliter la mobilisation et posturer le patient compte pour 5 personnes exclusivement de jour.
- ✓ Une IDE de nuit explique que le matériel qui existe dans le service est trop encombrant et que c'est une perte de temps que d'aller le chercher alors que le personnel est peu nombreux la nuit.
- ✓ Une AS ayant travaillé en réanimation m'a précisé que dans ce service elle disposait de beaucoup plus de matériel. Une IDE a évoqué ce moyen comme un moyen qui serait à mettre en place.

#### 6.2.5 Les méthodes physiques

- ✓ **La thermothérapie** n'a jamais été envisagée.
- ✓ **Le toucher-massage** est cité 4 fois ; en effet seules 4 personnes l'ont assimilé à un moyen antalgique ; d'autres m'ont parlé de massage mais dans le contexte de la prévention d'escarres. 1 AS a précisé ne pas en avoir vu dans le service alors que, lorsqu'elle travaillait en rééducation, c'était un moyen antalgique très utilisé. 2 personnes en sus des 2 professionnels qui suivaient cette formation avec moi durant l'enquête, ont été formées à cette technique, soit récemment durant les études (AS qui a 1 mois ½ d'ancienneté dans le service), soit au décours du parcours professionnel. 1 soignant a d'ailleurs précisé que dans la pratique, il ne faisait pas de massages par manque de temps. Ce moyen a été envisagé 1 fois comme un moyen à mettre en place.

#### 6.2.6 Les méthodes psychocorporelles

La référence à ces techniques est exceptionnelle : seules 2 personnes ont évoqué la technique de distraction.

Les autres méthodes psychocorporelles ont été citées par le RM comme des moyens qui pourraient être mis en œuvre avec les remarques suivantes : « *les techniques de relaxation, on ne sait pas très bien, l'hypnose je trouve ça très intéressant mais je ne sais pas du tout comment c'est adaptable à la personne âgée.* »

#### 6.2.7 L'appel à d'autres professionnels

Avoir recours au service de l'équipe mobile de soins palliatifs peut aussi être aidant pour 4 personnes. « *Ils ont une vision plus globale, donnent des petites astuces, nous montrent comment écouter.* »

## **7. La concertation entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale et le travail en équipe.**

Les constats émanent bien sûr en grande partie des réponses à la question portant sur la collaboration entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale (Q9). Mais j'ai extrait du discours complet des professionnels tous les propos qui sont en lien avec ce thème qui vont d'ailleurs nuancer la tendance majoritaire qui se dégage avec la question directe.



Le RM, qualifie la collaboration avec l'équipe paramédicale de bonne. Il précise par ailleurs : *« avec les IDE qui tournent beaucoup, il n'y a plus beaucoup d'IDE stables... la traçabilité de l'évaluation, elles savent que j'y suis très attachée et qu'elles peuvent venir me dire... les petites jeunes ne savent pas ou n'ont pas assez de distance... dès qu'on leur parle de la douleur elles sont intéressées car c'est leur quotidien, je me fais peut-être des idées car je suis sensibilisée. »*

Le RPM exprime aussi une réponse positive quant à la collaboration avec l'équipe médicale : *« on a une réponse immédiate, on signale et s'ensuit alors une prescription d'antalgiques ; ils sont tous sensibilisés et quand ça leur est transmis, ils sont très réactifs »*.

A la fin de l'entretien, après m'avoir expliqué pourquoi la question portant sur les moyens l'avait gênée, il a poursuivi avec la remarque suivante : *« j'aurais un million de choses à te dire sur la douleur psychologique, le soin c'est quelque chose de très agressif qui va te faire souffrir dans ton corps mais la douleur psychologique de l'hospitalisation avec l'isolement, la peur du diagnostic c'est quelque chose d'archi réel que l'on n'identifie pas, ça me bouleverse car personne ne la prend en charge. »*

Pour le dépouillement des réponses apportées par les IDE et les AS il convient de distinguer celles de l'équipe de jour et de l'équipe de nuit.

#### Equipe de jour :

- ✓ 10 personnes (4 IDE sur 6 et tous les AS) qualifient la collaboration avec l'équipe médicale de bonne et ce, sans aucune réserve.
- ✓ 2 attitudes médicales sont mises en exergue dans le discours des soignants : les médecins sont à l'écoute de ce que les soignants leur transmettent et sont réactifs au signalement de la douleur du patient : *« généralement, ils sont sensibilisés, attentifs, à notre écoute et à l'écoute du patient », « normalement ils écoutent », « quand on dit au médecin, il va voir le patient, évalue et prescrit, ça se passe bien », « une fois qu'on a transmis, ils mettent un protocole en place et on suit », « on le signale et on a une réponse »...*
- ✓ Si les AS sont unanimes dans leur jugement, les IDE sont un peu plus nuancés : en extrayant des opinions formulées dans les réponses à d'autres questions que celle sur la collaboration, on voit émerger deux sources d'insatisfaction évoquée tant par les 2 IDE qui déclarent de pas être toujours satisfaits que par d'autres soignants qui s'étaient déclarés satisfaits à la question de la collaboration :
  - insatisfaction quant au soulagement des douleurs liées à d'autres soins que les pansements :
    - *« les pansements sont vus régulièrement, ils n'y a pas de problème pour la prescription, par contre les médecins ne demandent pas pour la toilette, ils ne sont pas là pendant les soins »*.
    - *« la collaboration ne se passe pas toujours bien... globalement pour tout ce qui est pansement on est plus entendu »*.
    - *« Parfois, on est obligé de faire le soin plusieurs fois avant d'avoir des antalgiques »*.
  - insatisfaction quant à la prise en charge spécifique des patients en fin de vie qui dépasse certes le cadre de la douleur liée aux soins mais qui semble aussi préoccuper les soignants :

- « *ici la prise en charge de la fin de vie c'est difficile, les douleurs liées aux métastases sont très mal prises en charge, les médecins sont réticents aux morphiniques ça dépend alors du pourquoi et du médecin, on sait à qui on peut le demander* ».
  - « *ici, on prend beaucoup de temps pour prendre des décisions, arrêter les soins invasifs et passer au confort* ».
- Lors du récit du dernier soin douloureux (réfection d'un pansement d'escarre chez une femme en fin de vie, un AS a formulé les questions suivantes : « *fallait-il continuer à décapier ? y'avait-il un intérêt à ses pansements ?* Il a conclu en disant : « *de propreté oui, mais pas de décapage* ».
  - Enfin par 2 fois, il m'a été relaté la situation suivante par 2 IDE différents : suite à de la douleur constatée dès le début du soin à l'ablation du pansement et dès qu'on touchait la personne, un médecin a été appelé. Les 2 fois il a alors arraché d'un coup sec. Dans 1 des 2 cas, l'IDE a été choqué et par le geste et par le propos du médecin : « *tu vois elle avait besoin de rien* ».

#### Equipe de nuit :

L'opinion de celle-ci, est très homogène mais très différente de l'équipe de jour. Pour les soignants de nuit, il n'y a pas de collaboration avec l'équipe médicale pour la bonne raison qu'ils ne voient jamais les médecins du service. Un IDE précise : « *ce que je déplore ce sont les nouveaux horaires (depuis la fusion), avant on voyait un senior, un interne, maintenant on ne voit plus personne* ». Un autre confirme « *la nuit on ne voit pas l'équipe médicale, on a tendance à se débrouiller, si on appelle le médecin de garde pour un problème de douleur localisée il va le prendre en considération mais il ne va pas venir pour un soin douloureux, donc on doit se débrouiller* ».

Il ressort aussi chez cette équipe un fort sentiment de non reconnaissance de leur travail et de la validité de leur jugement : « *ils (les médecins) ont l'image de l'équipe de nuit qui dort... quand on insiste c'est juste pour qu'on ait une nuit tranquille, on est démuni* ». « *Les transmissions écrites c'est important, je ne sais même pas si elles sont lues par les médecins* », « *pour qu'il y ait une prescription, on fait les transmissions à l'équipe de jour mais je ne sais pas si c'est pris en compte car quand on arrive la nuit suivante c'est pas réglé* ». Un AS rajoute : « *nous on le transmet à l'équipe de jour et puis après c'est par l'intermédiaire de l'équipe de jour que ça arrive aux médecins et les médecins ne répondent pas forcément on est obligé de les relancer* ».

La réactivité des médecins dont parlait l'équipe de jour, à l'inverse est évaluée très insuffisante par l'équipe de nuit : « *on est obligé d'insister* », « *les médecins ne répondent pas forcément, on est obligé de relancer* », « *des fois je suis révoltée contre les médecins : ils pourraient agir un peu plus pour que les malades soient soulagés* », « *j'ai remarqué qu'on utilise beaucoup plus d'antalgiques le jour.* »

Enfin ce qui ressort aussi des réponses des professionnels de nuit c'est l'idée qu'il y a une véritable scission entre le jour et la nuit : « *on a l'impression qu'on est une équipe à*

part », « je m'aperçois qu'il y a une équipe de nuit et une équipe de jour ; je le vis très mal », « on est un peu isolé la nuit ».

## 8. Ressenti des IDE et des AS face à la douleur exprimée par les patients et opinions sur la douleur induite par les soins.

**La question (Q11)** est celle qui, sans surprise, a suscité le plus de réactions non verbales : rires, hésitations, silences... Mais l'ensemble des professionnels y a répondu avec application. Une personne a déclaré à l'issue de l'entretien avoir été gênée par cette question en développant l'argumentaire suivant : « c'est moi qui fait mal, je suis là pour soigner et je fais mal. C'est pas la question qui m'a gênée c'est que quand on fait mal je ne sais pas quoi dire, quoi faire car c'est pas en disant désolé qu'il aura moins mal. Est-ce qu'ils vont nous en vouloir ? Comment garder une relation équilibrée avec un patient qui a subi quelque chose de douloureux ? » Les éléments de cette réponse ont été intégrés dans la présentation globale des résultats présentés dans le tableau ci-dessous :

	IDE J (sur 6)	IDE N (sur 3)	Total IDE (sur 9)	AS J (sur 6)	AS N (sur 2)	Total AS (sur 8)	Total équipe (sur 17)
Avoir mal à la place du patient	2	1	3	3	1	4	7
Etre mal à l'aise	0	1	1	0	0	0	1
Etre gêné	0	0	0	1	0	1	1
N'aime pas voir souffrir	0	0	0	1	0	1	1
Se sentir démuni	1	0	1	2	0	2	3
Se sentir coupable	0	1	1	1	0	1	2
Se sentir impuissant	2	1	3	0	0	0	3
Angoissé à l'idée de refaire le soin	1	1	2	0	0	0	2
Se sentir frustré, mauvais professionnel	1	2	3	0	0	0	3
Avoir peur du jugement du patient	1	0	1	0	0	0	1
C'est triste	0	0	0	0	1	1	1
Etre plutôt dans l'analyse, le contrôle	1	0	1	0	0	0	1
Aucun ressenti	0	0	0	1	0	1	1

Les réponses à la **question (Q12)** sont les suivantes :

	IDE J (sur 6)	IDE N (sur 3)	Total IDE (sur 9)	AS J (sur 6)	AS N (sur 2)	Total AS (sur 8)	Total équipe (sur 17)
Oui pour tous	3	0	3	2	1	3	6
Variable selon soin	2	3	5	3	1	4	9
Non	0	0	0	2	0	2	2

- ✓ 9 soignants ont fourni une réponse nuancée : variable selon le soin.
- ✓ 8 soignants ont été plus catégoriques avec les précisions suivantes :
  - Oui pour tous :
    - 1 personne : moi, je ne fais pas mal.
    - 1 personne : hors urgence.
    - 1 personne : pour la douleur physique mais pas complètement pour la douleur psychologique.
    - 1 personne : si on évalue bien avant.
    - 2 personnes : sans commentaire supplémentaire.
  - Non :
    - pas la première fois : « *c'est souvent en faisant un soin qu'on s'aperçoit qu'il est douloureux* ».
    - un soin c'est forcément douloureux.

Pour compléter l'analyse du ressenti et des opinions des soignants, j'ai relevé tous les propos verbalisés au décours de l'entretien qui m'ont interpellé :

- ✓ « *La pose de perf, moi j'appelle pas ça de la douleur* ».
- ✓ Concernant les moyens qui pourraient être mis en place : « *on pourrait donner des sédatifs, mais je ne trouve pas ça génial* », même personne : « *Si un médecin me dit de mettre de l'EMLA pour une prise de sang, je lui ris au nez* ».
- ✓ 2 AS de jour pensent que la douleur induite par les soins ne peut être évitée.
- ✓ Situation où le médecin arrache le pansement d'un coup sec : « *il faut aller vite, il n'y a pas d'autre solution* ».
- ✓ « *Si je fais de la douleur ce sera en unité de soins palliatifs* ».
- ✓ « *je suis plus sensible au niveau des jambes du fait que j'ai joué au foot, pour moi c'est plus douloureux au niveau des jambes* ».
- ✓ A propos du ressenti : « *ça me fait mal, même si on me dit que ce n'est pas très professionnel je pense à mes parents* ».
- ✓ « *moi, la douleur je connais, j'ai fait une algodystrophie* ».
- ✓ « *moi, je ne fais pas mal* »

## 9. Souhaits de formation

Ils sont exprimés avec la **question (Q14)**.

☞ **Le RM** est favorable à une formation portant sur la douleur liée aux soins et pour les IDE et AS et pour les médecins.

*«Je souhaiterais une formation qui débouche sur de l'efficacité sur les patients et de l'efficacité pédagogique pour faire passer chez les soignants et les jeunes docteurs cette priorité, ils sont sensibles mais ce n'est pas leur (les docteurs) priorité par rapport à ce qu'on leur apprend pendant leurs études. »*

☞ **Le RPM** est en demande d'une formation sur les outils d'évaluation de la douleur pour par exemple, pouvoir évaluer les effets des antalgiques et d'une formation sur les moyens autres que pharmacologiques pour traiter la douleur.

☞ Les demandes des IDE et des AS se répartissent ainsi :

3 sur 17 personnes m'ont précisé qu'étant en partance (2 vers un changement de service et 1 vers la retraite), elles n'avaient pas de désir particulier.

Les demandes formulées par les 14 autres personnes portent sur :

- ✓ 4 personnes (1 IDE et 3 AS) : tout ce qui concerne la douleur liée aux soins, ces personnes n'avaient pas d'idées précises sur les thèmes qu'elles souhaiteraient voir aborder,
- ✓ 1 IDE : les antalgiques,
- ✓ 2 IDE : l'évaluation de la douleur,
- ✓ 1 AS : la conduite à tenir vis-à-vis de certaines douleurs (n'a pu préciser sa demande si ce n'est qu'elle attend de cette formation d'être moins démunie,
- ✓ 4 personnes (2 IDE, 2 AS) : les techniques de mobilisation des patients,
- ✓ 1 IDE : les moyens à mettre en place,
- ✓ 1 AS : le toucher et tous les moyens de communication.
- ✓ 1 personne : une formation sur les escarres.
- ✓ 3 professionnels ne souhaitent pas de formation spécifique sur la douleur liée aux soins. Ils seraient plutôt intéressés par une formation centrée spécifiquement sur la prise en charge des personnes en fin de vie (2 demandes) et des vieilles personnes (1 demande).

## **VI. SYNTHESE DES RESULTATS**

Au global, l'équipe est composée de professionnels dont l'ancienneté dans la fonction et dans le service est plutôt variée avec un bon noyau d'expérimentés. On peut donc légitimement penser qu'ils connaissent bien la population de patients accueillis dans le service.

Les caractéristiques de la population de patients admis dans le service, à savoir beaucoup de personnes âgées dont certaines en fin de vie, polypathologiques, présentant pour certaines des troubles cognitifs et de communication, expliquent et éclairent en grande partie les résultats obtenus.

Lors du cours sur la douleur de la personne âgée le Dr Fouilladiou<sup>77</sup> explique qu'une enquête révélait que 50 % des personnes âgées résidant chez elles se plaignent de douleurs jugées importantes et que dans d'autres enquêtes cette proportion augmente encore avec l'âge et l'institutionnalisation. La plainte est multifactorielle. Il y a aussi une absence de plainte qui correspond à une douleur. Les personnes âgées souffrent beaucoup plus qu'on ne le croit même s'il est difficile de déterminer si la plainte relate plutôt de la douleur ou plutôt de la souffrance psychologique ; charge aux soignants de l'analyser. Les douleurs ostéo-articulaires représentent la première cause des douleurs du sujet âgé.

Selon l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) « La personne âgée en gériatrie présente fréquemment des pathologies multiples ...Quelques chiffres : 60 % des personnes âgées ont des douleurs chroniques, 80 % des personnes âgées ont des douleurs de fin de vie. »<sup>78</sup>

La prévalence de la douleur chez les patients du service de Médecine Interne, quelle que soit son origine, a donc toutes les raisons d'être élevée. Les soignants du service ont bien intégré que la douleur était fréquente chez les patients hospitalisés mais son analyse et sa prise en charge les mettent en difficulté dans un contexte bien plus large que celui de la douleur induite par les soins.

### **1. Le repérage et l'interprétation des signes de douleur.**

Une de leurs sources de difficultés vient de leur pratique en matière d'évaluation et d'interprétation des signes repérés. Au global, l'utilisation d'échelles validées n'est pas inscrite dans les pratiques des soignants du service. Certains reconnaissent cependant avoir du mal à évaluer ; leurs hésitations à répondre à mes questions confirment ces difficultés.

Concernant l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation, certains soignants ont évoqué l'EN et l'EVA mais jamais l'EVS.

---

<sup>77</sup> Dr Fouilladiou, cours intitulé « La douleur de la personne âgée » dispensé lors du DU « Prise en Charge de la Douleurs en Soins Infirmiers » Faculté de médecine Cochin - Port Royal, Université René Descartes – 2008.

<sup>78</sup> Caillaud A. - L'utilisation du MEOPA chez la personne âgée - 1<sup>ère</sup> journée du CNRD : Douleur provoquée par les soins - 17 octobre 2006 -Espace Congrès Institut Pasteur - Paris- p 31- disponible sur le site du CNRD.

- ☞ **L'EVA** est l'outil utilisé par le RM mais suscite des questionnements quant à son intérêt et son interprétation ; les soignants du service ne s'y retrouvent pas avec l'EVA, ils ont des difficultés à se l'approprier malgré les demandes répétées de l'équipe médicale. En effet, cet outil n'est pas adapté pour ces patients. L'EVA, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel<sup>79</sup>, est à éviter chez les personnes âgées : elle requiert des capacités d'abstraction et de coordination qui vont mettre en difficulté ces sujets qui justement, peuvent présenter des difficultés d'abstraction, des troubles psychomoteurs et des troubles cognitifs.
- ☞ **L'hétéro-évaluation** de la douleur par les soignants est surtout basée sur l'observation du comportement sans support validé. La seule échelle d'hétéro-évaluation nommée a été **l'échelle Doloplus** par le RM et par 2 IDE qui ne la trouvent pas pratique et trop consommatrice de temps.

Le choix de l'outil d'hétéro-évaluation serait aussi à revoir dans le cadre de l'évaluation de la douleur liée aux soins: les 2 échelles validées et adaptées à celle-ci sont l'ECPA et l'Algoplus, l'échelle Doloplus étant plus adaptée pour évaluer la douleur chronique que la douleur aiguë.

Le RM est très attaché à l'évaluation tracée de la douleur ; apparemment l'appréciation du paramètre « évaluation de la douleur » fait partie des prescriptions médicales alors qu'il s'agit d'un acte relevant du rôle propre. Une IDE : « *l'EVA on nous a dit de le demander systématiquement et je me rends compte que je l'utilise uniquement quand on va me le demander* ». D'ailleurs certains AS ne se sentent pas concernés, ayant intégré que l'évaluation n'est pas de leur compétence puisque c'est prescrit et donc réservé aux IDE.

Ainsi malgré une vraie volonté médicale, l'évaluation de la douleur reste approximative et manque de sens pour les soignants. L'utilisation d'un outil aujourd'hui inadapté ne se fait que pour satisfaire à la prescription médicale.

Les soignants sont cependant attentifs aux signes comportementaux qui leur permettent de penser ou de supposer que la personne a mal avant et/ou pendant le soin. Ils semblent avoir bien intégré l'importance de l'observation même s'ils ne savent pas toujours comment s'y prendre.

A plusieurs reprises, les soignants ont relié le comportement du patient à une appréhension du soin : « *ils appréhendent alors ils se raidissent.* » De plus, pour 5 soignants, l'appréhension est un facteur qui contribue à rendre un soin douloureux, et 2 pensent que le vécu antérieur est aussi à considérer.

L'importance de la compréhension du soin par le patient et sa représentation n'ont par contre pas été cités.

*« Les expériences douloureuses antérieures vont bien sûr modifier la plainte. Une personne âgée ayant un lourd passé douloureux ou traumatique (guerre, torture, maladie grave, handicaps multiples) pourra soit banaliser les nouvelles douleurs induites (« quand on a vécu ce que j'ai vécu ... »), soit être totalement envahi de douleur pour un acte minime qui peut paraître indolore pour tous. Lorsque les fonctions cognitives sont altérées, ce qui n'est pas rare dans les tranches d'âge élevées, les mécanismes de contrôle sont en défaut. L'acte*

<sup>79</sup>

Dr Fouilladieu, *op. cit.*

*n'est pas compris, le patient le vit comme une agression et son comportement réactionnel va paraître inadapté. Un tel comportement peut entraver le soin et du même coup le rendre plus douloureux. Dès lors, l'évaluation de la douleur ne sera pas aisée, le trouble du comportement peut signifier douleur mais aussi incompréhension »<sup>80</sup>*

Un IDE exprime d'ailleurs le sentiment présent chez beaucoup de professionnels du service : « *j'ai du mal à évaluer, c'est difficile chez les personnes démentes* ».

Une situation de réalisation d'une toilette m'a ainsi été relatée : « *en passant le gant elle dit qu'elle a mal, je vais doucement, en essuyant elle avait toujours mal ; moi je pense qu'il y avait un peu d'appréhension...on lui met un cerceau* ». Compte tenu des éléments décrits on peut aussi émettre l'hypothèse que la patiente avait une douleur dont l'origine était au moins en partie neuropathique avec une allodynie. D'où l'importance d'être vigilant à ne pas associer systématiquement la douleur liée à une stimulation de faible intensité aux yeux des soignants à un problème d'appréhension.

Les douleurs d'origine neuropathique sont certainement nombreuses chez les patients de Médecine Interne.

Que connaissent alors les IDE et les AS des différents mécanismes de douleur, des signes, de l'évaluation, des traitements spécifiques des douleurs neuropathiques ? L'échelle DN4, n'a d'ailleurs été évoquée par aucun professionnel.

On peut imaginer que les différents mécanismes générateurs de la douleur ne sont pas toujours bien connus.

Il est pourtant nécessaire d'avoir une pratique très rigoureuse de l'évaluation de la douleur ainsi que des connaissances solides pour faire une analyse pertinente des signes présentés par un patient. Les soignants en sont-ils conscients ?

Le besoin en formation sur l'évaluation de la douleur n'est clairement identifié que par 2 personnes.

## **2. Les soins douloureux.**

L'identification des soins douloureux, 1<sup>ère</sup> étape essentielle de la mise en place d'une démarche collective, est issue de leurs observations au quotidien et fait consensus au sein de l'équipe.

Une grande variété de soins peut générer de la douleur dans le service de Médecine Interne mais il apparaît que les 2 catégories de soins les plus douloureux selon l'équipe sont exactement les mêmes que celles décrites dans l'article du Dr Cornu.<sup>81</sup> :

- ☞ les mobilisations,
- ☞ les réfections de pansements de plaies nécessitant une détersion.

La 3<sup>ème</sup> catégorie de soins étant constituée des gestes qui demandent d'insérer une aiguille par voie IV, S/C ou intra-artérielle comme la pose de perfusion, le prélèvement sanguin veineux voire les injections S/C, et les gaz du sang. 50 % des soignants dont 80 % des IDE ont cité la pose de perfusion.

---

<sup>80</sup> Sachet A. et Fouassieu P. - les douleurs induites *op. cit.*, p.157 et 158.

<sup>81</sup> Cornu H.P. - *op. cit.*



**Concernant les pansements**, les 2 moments reconnus comme les plus douloureux par les soignants du service, comme par les experts<sup>82</sup>, sont l'ablation du pansement et la phase de déterision.

Les soins d'escarres et d'ulcères m'ont semblé représenter un vrai problème pour les infirmiers et aides-soignants même si pour certains soins il existe une prémédication antalgique avec parfois l'adjonction du MEOPA et de Xylocaïne.

C'est avec beaucoup d'émotion qu'ils m'ont décrit ces soins. Ce qui pourrait expliquer que la démarche préventive avec les massages, les changements de position, les matelas spécifiques, soient assimilés à un moyen direct de prévention de la douleur induite par les soins (7 personnes y ont fait référence).

On peut s'interroger si durant la période où j'enquêtais la prévalence des soins d'escarres était particulièrement élevée, ce qui aurait induit un biais dans les réponses, ou si réellement ils étaient toujours fréquents. Je pencherais plutôt pour la deuxième hypothèse compte tenu des caractéristiques de la population des patients du service. Cela demandera cependant à être confirmé lors de la restitution des résultats de l'enquête à l'équipe.

**Les mobilisations**, que ce soit durant la toilette, le lever, la pesée, pour l'équipe de jour, le change pour l'équipe de nuit, semblent être une préoccupation constante pour ces équipes.

On retrouve cette caractéristique chez les sujets de la classe 2 établie par Nadia PEOOC'H, Ghyslaine LOPEZ et Nadia CASTES dans le cadre de leur recherche sur représentations et douleur induite.

*« Cette classe est principalement constituées de sujets épistémiques féminins occupant la fonction d'aide-soignant, ainsi que la fonction d'infirmier. Ces sujets travaillent principalement dans les secteurs de gériatrie, mais également dans des secteurs de soins comme la neuro-traumatologie, la réanimation. La pensée professionnelle de cette classe de discours est constituée d'une reconnaissance, d'une identification des soins douloureux dans leur dimension physique et psychologique.*

*Ces sujets ont conscience que des soins comme la « toilette », la « mobilisation », le « toucher » génèrent de la douleur chez des patients fragilisés et diminués. »<sup>83</sup>*

Cette thématique des mobilisations a été abordée au travers de plusieurs questions :

- ✓ 5 personnes déclarent qu'un des moyens utilisés pour prévenir la douleur liée aux soins est d'avoir du matériel,
- ✓ 1 personne positionne le matériel comme d'un moyen à mettre en place,
- ✓ 1 personne parle des techniques de mobilisations comme un moyen à mettre en place,
- ✓ 1 personne pense qu'une insuffisance de connaissances sur les mobilisations contribue à rendre un soin douloureux,
- ✓ 4 émettent un désir de formation spécifique sur les techniques de manipulation.

Globalement, c'est au cours de la réalisation du soin que l'étiquetage « soin douloureux » est posé à partir essentiellement de l'observation des signes comportementaux. S'en suit pour certains soins la transmission à l'équipe médicale, dont l'objectif est d'obtenir la prescription d'un antalgique. Le constat de la douleur durant le soin semble aussi faire partie du contenu des transmissions que les IDE et les AS se font entre eux, soit lors des transmissions du matin, soit lors des transmissions entre équipe de nuit et équipe de jour. On note cependant pour

---

<sup>82</sup> EWMA - La douleur au changement d'un pansement : document de référence – 2002 – 20 p.

<sup>83</sup> Peoc'h N., Lopez G., Castes N. - *op. cit.*, p.89 et 90.

l'équipe de nuit une forte interrogation quant à l'intérêt qui est porté à leurs transmissions et à leurs demandes.

Il semble en tout cas que le constat qu'un soin soit douloureux, se fasse a posteriori et non a priori. Impression confirmée par le RPM : « *on utilise (des moyens) une fois qu'elle (la douleur) est constatée, je n'ai pas l'impression qu'on l'anticipe.* »

Il n'existe d'ailleurs aucun protocole d'utilisation d'antalgiques ni de procédures de soins à l'exception de la consigne non formalisée d'utiliser l'EMLA® en systématique avant un gaz du sang.

### 3. Les moyens de prévention de la douleur induite par les soins.

Entre les moyens mis en œuvre et les moyens qui pourraient être mis en œuvre, on retrouve presque tous ceux décrits dans le cadre conceptuel, dans des proportions très variées :

#### 3.1 Les moyens pharmacologiques semblent bien implantés particulièrement pour les réfections de pansements et les gaz du sang.

- ☞ Les antalgiques avant un soin sont cités par 17 personnes,
- ☞ la Xylocaïne® par 9 personnes,
- ☞ l'EMLA® par 7 personnes,
- ☞ le MEOPA par 10 personnes.

Il semble que la connaissance du délai d'action des antalgiques soit parfois erronée : Lorsque les soignants ont pu me préciser le temps d'attente entre l'administration d'un antalgique et le début du soin, il se situait autour d'un quart d'heure plutôt qu'autour d'une heure.

De même, pour la Xylocaïne®, le RPM émet des doutes quant à sa bonne utilisation. Un des IDE de jour souhaiterait une formation sur la bonne utilisation des moyens pharmacologiques.

Le MEOPA est utilisé uniquement lors de la réfection de certains pansements alors que ses indications sont plus larges puisqu'elles concernent tous les actes de courte durée comme bien sûr les pansements mais aussi les ponctions et biopsies, ponction veineuse difficile, sondage vésical difficile, extraction de fécalome, etc....<sup>84</sup>. Cette restriction de l'utilisation du MEOPA à la réfection de pansements serait à discuter avec l'équipe.

Il en va de même pour les indications de la crème EMLA® : est-elle uniquement réservée aux gaz du sang ?

#### 3.2 Les moyens non pharmacologiques reconnus dans le service sont les moyens relationnels, l'organisation et les moyens physiques.

##### ☞ Les moyens relationnels

9 personnes sur 19 surtout IDE de nuit ou AS de jour déclarent expliquer, rassurer, négocier, prévenir, mettre en confiance.

---

<sup>84</sup> Caillaud A. - *op. cit.*, p.32.

La douceur, prendre son temps est un comportement décrit uniquement par les AS (7 AS sur 8). Les AS réalisent par délégation et sous contrôle de l'IDE les soins d'hygiène, les soins dits de confort ; certes les IDE les aident, mais ce sont bien les AS qui sont les plus directement concernés par ces soins. Cela pourrait expliquer que la douceur se retrouve uniquement dans leur fonction. Les IDE, quant à eux, ont en charge spécifiquement les soins sur prescription qui sont par nature très souvent agressifs.

On retrouve chez les AS de ce service des propos similaires à ceux de la Classe 3 de la recherche de N. Peoc'h, G. Lopez et N. Castes : « *Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques occupant la fonction d'aide-soignant ainsi que la fonction de kinésithérapeute. Ils travaillent principalement dans des secteurs de gériatrie et de traumatologie. Dans cette classe, le discours des sujets sur la « douleur induite par les soins » s'inscrit dans un ensemble de valeurs tourné vers la prise en charge relationnelle en termes d'écoute, de confort, de douceur.* »<sup>85</sup>

Enfin, 4 soignants disent qu'ils savent s'arrêter, différer au besoin ; ce qui implique qu'ils sont attentifs aux réactions du patient.

Globalement, la relation soignant-soigné est loin d'être unanimement reconnue et surtout identifiée comme un moyen de prévention de la douleur induite par les soins.

De plus, je ne sais pas comment les soignants s'y prennent pour expliquer, rassurer, prévenir... un patient avant le soin. Quelles sont réellement les pratiques relationnelles des soignants du service. Prennent-ils le temps de prévenir, d'expliquer, de rassurer, de faire verbaliser quand c'est possible le vécu antérieur, la représentation du soin ?

Le RPM en doute : « *comme autre moyen de prévention à développer, je pense que la préparation au soin, c'est-à-dire l'accompagnement psychologique, serait à développer car je pense que certains ne le font pas.* »

Idée confirmée par une IDE de nuit : « *je suis persuadée que s'il y avait plus de préparation, cela irait mieux.* »

#### ☞ L'organisation - l'installation

12 réponses ont trait à l'organisation avec 7 personnes qui pensent qu'être à plusieurs contribue à prévenir la douleur pendant le soin.

Compte tenu de la typologie des patients et des soins qu'ils requièrent, on imagine facilement que de travailler à 2 est une pratique bien développée. Le nombre de fois où ce moyen a été cité ne reflète certainement pas la réalité.

Concernant l'équipe de nuit, le travail en binôme est certainement plus difficile puisqu'il n'y a qu'1 AS pour 2 IDE.

On peut noter d'ailleurs que 6 des 7 réponses émanent des professionnels de l'équipe de jour à commencer par le RPM, responsable de la répartition des tâches dans son service.

La 2<sup>ème</sup> personne est, semble-t-il, toujours un autre soignant. La présence d'un membre de l'entourage n'a jamais été citée. D'ailleurs, je n'ai que très peu entendu parler des familles. Quelle est leur place dans le service ? Serait-il envisageable de les associer à certains soins ?

L'installation confortable pour le soignant et/ou le patient est surtout évoquée par des soignants de jour : 5 réponses sur 6. Les effectifs de nuit et/ou l'organisation du travail de nuit permettent-ils de prendre le temps de s'installer ?

---

<sup>85</sup> N. Peoc'h, G. Lopez, N. Castes - *op. cit.*, p.89 et 90.

**Les techniques psychocorporelles** ne sont que très rarement citées : j'ai retrouvé le détournement d'attention dans le récit du dernier soin douloureux chez 2 personnes. La musique est proposée par 1 IDE comme un moyen à mettre en place. Enfin, seul le RM connaît l'existence de la relaxation et de l'hypnose et ses dérivés et s'interroge sur leur mise en place chez la personne âgée. De fait, toutes ces techniques ne sont pas toujours applicables ; tout dépend des troubles cognitifs présentés par les patients. La musique est par exemple une proposition qui pourrait être étudiée. Le détournement d'attention est aussi à valoriser. Je ne suis pas certaine que les soignants aient conscience de son bien fondé et de son effet sur la douleur.

On peut noter cependant qu'un tiers des soignants pensent, sans pour autant les connaître, qu'il existe d'autres moyens pour prévenir la douleur induite par les soins.

#### **4. Le travail concerté équipe médicale-équipe paramédicale.**

Globalement, les soignants s'estiment satisfaits de la réaction médicale face à un signalement de douleur survenant durant une réfection de pansements. Par contre, il semble qu'il n'en aille pas de même pour les douleurs issues des mobilisations.

4 IDE de jour pensent que l'insuffisance d'antalgiques avant le soin explique que celui-ci puisse être douloureux.

Les mobilisations concernent des patients dont certains selon les soignants sont douloureux avant même de débiter le soin ; la douleur induite par les soins venant donc se surajouter à la douleur déjà existante. Seuls 2 IDE de nuit ont retenu que l'insuffisance du traitement de fond pouvait être un des facteurs contribuant à rendre un soin douloureux.

La couverture antalgique des patients douloureux ne satisfait pas l'équipe de nuit qui a par exemple l'impression qu'il y a plus d'antalgiques le jour que la nuit. Certains IDE de jour pensent aussi que les malades sont insuffisamment soulagés. Mais là encore l'évaluation non rigoureuse et non systématique de la douleur globale des patients peut constituer un handicap à une prise en charge adaptée.

#### **5. Le ressenti et les opinions des soignants et leurs impacts.**

Deux personnes expliquent être dans le contrôle plutôt que dans le ressenti ou ne rien ressentir quand ils constatent de la douleur chez le patient à l'occasion du soin ; ce qui me questionne.

25 réponses traduisent de la souffrance chez les 15 autres soignants. Les termes utilisés sont forts : impuissance, culpabilité, angoisse, sentiment d'être démuné, se vivre comme le « *tortionnaire du malade* ». « *On n'est pas des tortionnaires, on se sent un peu coupable, on est démuné.* »

La perception de la douleur présente chez le patient conduit ainsi certains soignants à avoir une mauvaise image d'eux-mêmes (3 personnes) et à craindre le jugement du patient (1 personne).

Pour P. Thibault et P. Cimerman, « *L'absence de prise en compte de la douleur provoquée par les soins a également des conséquences sur le vécu du soignant. Il n'est en règle générale pas satisfait de son travail, et développe une mauvaise image de lui-même. Cette situation peut entraîner des comportements inadaptés : fuite des soins, déni de la douleur exprimée par le patient.* »<sup>86</sup>

Les sources d'insatisfaction décrites dans la présentation des résultats comme l'insuffisance de prescriptions ne peuvent donc qu'accentuer cette souffrance.

De plus, au travers des différentes réponses on voit aussi émerger un questionnement de l'équipe vis-à-vis de la prise en charge des malades en fin de vie. Des questions ou réflexions sont faites sur l'intérêt, le sens des soins pour certains patients. « *Fallait-il continuer à décaprer ? y avait-il un intérêt à ces pansements ?* »

La prise en charge de la douleur liée aux soins dans le cadre d'une démarche collective amène aussi selon P. Thibault et P. Cimerman au développement de la réflexion éthique : « *Dans chaque équipe, des questions comme « comment ne pas nuire au patient ? » ou « identifier le rapport bénéfice-risque des soins mis en œuvre » ne doivent pas être réservées à des services spécialisés.* »<sup>87</sup>

Compte tenu de la typologie des patients accueillis dans le service, on comprend qu'un projet visant à améliorer la prise en charge de la douleur induite par les soins, amènera nécessairement l'équipe à se questionner et à se positionner sur le sens des soins auprès de personnes âgées dont certaines sont en phase palliative ou en phase terminale.

L. Zikovic écrit que, dans le contexte de maladie grave ou de proximité avec la mort : « *pour pouvoir continuer jour après jour à travailler auprès de ces patients, les soignants vont développer à leur insu un certain nombre de mécanismes psychiques, des comportements censés les protéger d'une réalité perçue comme difficile, voire intolérable.* »<sup>88</sup>  
Ces mécanismes vont perturber la bonne distance dans la relation de soins et aboutir à une prise en charge inadaptée.

Certains propos qui m'ont interpellée me font penser que certains soignants ne sont pas dans un positionnement de distanciation :

- « *Je suis plus sensible au niveau des jambes du fait que j'ai joué au foot, pour moi c'est plus douloureux au niveau des jambes* ».
- A propos du ressenti : « *ça me fait mal, même si on me dit que ce n'est pas très professionnel je pense à mes parents* ».
- « *Moi, la douleur je connais, j'ai fait une algodystrophie* ».

Ces soignants sont certes attentionnés mais ils sont plutôt dans l'identification.

---

<sup>86</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p.VI.

<sup>87</sup> *Ibid*, p.XIV.

<sup>88</sup> Polycopié du cours sur « la souffrance du soignant face au patient douloureux (atteint de maladie grave) ».

D'autres ont des jugements personnels qui vont guider leur pratique et risquer de leur faire adopter des comportements inadaptés :

- « *La pose de perf, moi j'appelle pas ça de la douleur* ».
- Concernant les moyens qui pourraient être mis en place : « *on pourrait donner des sédatifs, mais je ne trouve pas ça génial* », même personne : « *Si un médecin me dit de mettre de l'EMLA pour une prise de sang, je lui ris au nez* ».
- « *Si je fais de la douleur ce sera en unité de soins palliatifs* ».

D'autres enfin ont des propos très fatalistes :

- 2 AS de jour pensent que la douleur induite par les soins ne peut être évitée.
- Situation où le médecin arrache le pansement d'un coup sec : « *il faut aller vite, il n'y a pas d'autre solution* »

Enfin, le sentiment de non reconnaissance de leur travail et de la validité de leur jugement, présent chez les membres de l'équipe de nuit, est aussi source de souffrance pour ces professionnels.

## **6. Synthèse finale.**

A l'issue de l'analyse, je retiendrai comme principales thématiques identifiées nécessitant un programme d'accompagnement :

- ✓ les pratiques en matière d'évaluation de la douleur,
- ✓ la réalisation des soins comme la réfection de pansements et les mobilisations voire la pose de perfusion,
- ✓ la mise en place anticipée de moyens,
- ✓ l'optimisation des moyens pharmacologiques,
- ✓ l'intérêt et le développement de moyens non pharmacologiques,
- ✓ un travail sur la résonance de la douleur induite par les soins et les comportements et jugements personnels inadaptés.

Le sens des soins et la place des soignants de nuit sont aussi 2 thématiques qui devraient faire l'objet d'une réflexion au sein de l'équipe. Elles seront exposées aux responsables du service. Mais, je ne les retiendrai pas dans ma démarche d'accompagnement. En effet, elles sont des composantes du management du cadre auquel je ne souhaite me substituer.

## **VII. PERSPECTIVES**

L'étape suivante va consister en un rendu synthétique des résultats de l'enquête à l'ensemble de l'équipe afin que celle-ci les valide. Les commentaires qu'elle pourra faire devraient enrichir mes propositions d'actions.

Là encore cette démarche de type participatif favorise la future implication des professionnels à s'engager dans un processus d'amélioration.  
Associer le responsable médical et le cadre du service est bien sûr une condition obligatoire.

Les méthodes que je vais proposer devront être adaptées aux thématiques retenues et les contenus prioritairement ciblés sur la personne âgée.

Je compte m'assurer de l'aide et des conseils d'experts sur la prise en charge des personnes âgées. Je vais aussi m'appuyer sur les projets déjà menés par les équipes portant sur des thématiques identiques à celles que j'ai repérées.

Le service de gériatrie du GHPSJ fait partie du même pôle. Il a certainement des expériences, des projets, des protocoles à faire partager.

La philosophie de l'organisation en pôle s'appuie d'ailleurs sur le concept de mutualisation des moyens et des ressources.

Actuellement je recense tous les documents relatifs à la réalisation de soins et à la mise en œuvre de moyens de prévention de la douleur, plus spécifiquement chez les personnes âgées et les personnes ayant des troubles cognitifs.

La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique du Centre Hospitalier de Cholet, a organisé dernièrement une journée sur la douleur induite par les soins. J'envisage de les contacter pour profiter de leur expérience.

Des membres du CLUD ainsi que les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs avec lesquels je travaille régulièrement, sont intéressés par ma démarche et se disent prêts à participer à mon projet d'accompagnement de l'équipe de Médecine Interne.

A ce stade de ma réflexion j'envisage de proposer :

### **1. Une formation théorique**

Elle porterait sur :

- ✓ les différents mécanismes de la douleur,
- ✓ les spécificités de la douleur chez la personne âgée,
- ✓ la place et la responsabilité des acteurs de soins dans la prise en charge des douleurs induites par les soins,
- ✓ les outils d'évaluation,
- ✓ les facteurs influençant l'expression et le vécu douloureux des patients,
- ✓ les moyens pharmacologiques,
- ✓ les moyens non pharmacologiques.

Concernant l'évaluation de la douleur, l'apport théorique pourrait être complété par des actions de compagnonnage autour de l'évaluation comportementale. L'équipe mobile de soins palliatifs s'y associera.

Lors de la journée du DU consacrée à la douleur de l'enfant qui s'est tenue à l'hôpital Armand Trousseau, un des deux intervenants précisait : « *la grille est un support ; si le soignant n'évalue pas avec une grille il est considéré comme un mauvais soignant.* » Selon cet intervenant, on a été souvent trop péjoratif sur la qualité des IDE. Or, les professionnels savent observer et quand ils n'utilisent pas de grille, on les a trop présentés comme de mauvais soignants. Ce qu'il faut c'est travailler sur la valeur de leurs observations, c'est-à-dire leur renvoyer « *vous savez faire, mais il faut le traduire sur une grille* ».

## **2. La constitution de groupes de travail pour les 2 voire 3 soins retenus**

L'objectif serait de formaliser des procédures de soins incluant les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques ; le choix des moyens se faisant selon un arbre décisionnel.

L'opportunité d'une formation pratique à la manutention des patients serait aussi à envisager. Habituellement ce type de formation s'inscrit surtout dans une politique de prévention des accidents du travail. La prévention de la douleur chez la personne mobilisée est souvent peu évoquée. Les 2 objectifs sont pourtant complémentaires.

Le centre Hospitalier de Vienne, par exemple, s'est engagé dans une démarche de formation dont l'ambition était aussi d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.<sup>89</sup>

De nouveaux matériels de transfert apparaissent sur le marché (planches, disques). L'intérêt d'en acquérir certains pourrait être étudié, en veillant à ce que leur mise en place s'accompagne d'une formation à leur utilisation.

Des cadres du pôle « organisation des soins et de la qualité » ont proposé de participer à l'animation de ces groupes.

## **3. Groupes de réflexion sur le vécu des soignants face à la douleur induite par les soins**

« *La réflexion en équipe permet également de clarifier les positionnements individuels et collectifs par rapport à la douleur des patients accueillis.* »<sup>90</sup>

Il serait intéressant de travailler à partir des propos qui m'ont interpellée, témoins de la résonance chez le soignant de la douleur induite par leurs soins.

La psychologue de l'unité mobile de soins palliatifs a formulé le désir d'assister à ma formation théorique et se déclare prête à s'associer au projet global dans la mesure de ses compétences. Je vais alors aussi lui proposer de mener avec elle ces groupes de réflexion où la présence d'une psychologue est pour moi une condition incontournable.

---

<sup>89</sup> Escanez S., Autissier C. - « Plein le dos » ou comment se former à la manutention des patients - Revue de l'infirmière - Novembre 2007 - n°135- p 33 à 35.

<sup>90</sup> Thibault P. et Cimerman P. - *op. cit.*, p. XIV.



# CONCLUSION

A l'issue de ce travail, je suis confortée dans la nécessité de mener une analyse des pratiques existantes et du vécu des soignants avant d'enclencher, avec une équipe, une démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur induite par les soins.

L'entretien m'a semblé être un outil adapté à mon projet. Il a fourni de nombreuses données permettant de cerner les pratiques et les valeurs des professionnels interviewés.

Je pense maintenant disposer d'un outil d'enquête reproductible dans les différents services du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph.

En règle générale, les professionnels parlent volontiers de leur travail et apprécient que l'on s'y intéresse. Ce fut d'ailleurs le cas des soignants du service de Médecine Interne.

Grâce au temps passé ensemble, nous avons pu faire connaissance. Cela me semble être facilitant pour retourner les voir avec l'intention de les accompagner dans une démarche d'amélioration. Après tout, la description de leurs pratiques émane de leurs dires et non d'idées subjectives que j'aurais pu avoir.

On pourrait arguer qu'il s'agit d'une perte de temps ou d'une méthodologie très chronophage, dans un monde hospitalier où les concepts de rentabilité et de productivité émergent du fait des contraintes économiques et financières. Je suis cependant persuadée qu'il est nécessaire d'aller s'enquérir des pratiques existantes, des difficultés ou des questionnements propres au service. Sinon, le risque est grand de proposer des actions inadaptées à la réalité et dont les effets ne seront pas pérennes.

Si pour l'instant l'incitation à l'évaluation de la douleur au sein du GHPSJ n'a pas donné les résultats escomptés, il apparaît envisageable et pertinent de se servir de la thématique de la douleur induite par les soins comme porte d'entrée afin d'améliorer la systématisation et la traçabilité de cette évaluation.

L'évaluation doit aussi porter sur l'efficacité des moyens mis en œuvre, pratique encore très peu développée. Accompagner des équipes consiste aussi à les entraîner à s'inscrire dans cette dynamique.

Les E.P.P. (évaluations des pratiques professionnelles) rendues obligatoires chez les médecins sont aussi une exigence professionnelle chez les paramédicaux. L'HAS recommande d'ailleurs de développer des actions pluri professionnelles.

Cette thématique de la douleur induite par les soins a l'avantage de réunir tous les acteurs de soins. Elle serait alors une opportunité pour répondre à la demande de l'HAS.

Enfin, l'incidence des représentations et du vécu des soignants (face à la douleur induite par les soins) sur les pratiques professionnelles est aussi un thème qui mériterait des études approfondies.

Les résistances des soignants à mettre en place des moyens de prévention de la douleur induite par les soins sont encore trop nombreuses. S'y intéresser ne peut que contribuer à améliorer la qualité des soins. La recherche sur ce sujet est encore quasi inexistante. On pourrait imaginer d'associer à cette démarche les professionnels de la Santé et les professionnels des Sciences Sociales.

La mutualisation de leurs compétences pourrait donc ouvrir de nouvelles voies de recherche.

# BIBLIOGRAPHIE

- ❖ Société d'étude et de traitement de la douleur - Ministère de la Santé et de la Protection sociale - *La douleur en questions* - novembre 2004 – 96 p - disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).
- ❖ Muller A., Metzger C., Schwetta M., Walter C. – *Prise en charge de la Douleur en Soins Infirmiers* - Editions Masson - 2007- 333 p.
- ❖ Bourreau F. – *Les douleurs induites* - Institut UPSA de la douleur – 2005 - 192 p.
- ❖ Bernard M.-F., Crestien F., de Sousa A. - *Prise en charge non médicamenteuse de la douleur 2/2 - Soins gérontologie* - n°46 - mars/avril 2004.
- ❖ *Livre blanc de la douleur* - synthèses des travaux réalisés par le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur – 2005 – 150 p.
- ❖ Minart N., Boëlle P.Y., Dervillers M., Marchand B., Debuche V., Sgaggero B., Delespine M., Gasq E., Rose C., Pouvelle K., Ferreira A.M., Nanquette M.C., Riquier L., Laigle G., Cimerman P., Chabernaude J.L., Ayachi A., Kessous K., Larzul V., Lavaud J., Carbajal R. - *Opinion du personnel de réanimation sur la douleur du nouveau né...* - Archives de pédiatrie 14 Posters - 2007 - p 766-851.
- ❖ E. Guillemin – *Réfection des pansements vasculaires et gestion de la douleur* - Revue de l'Infirmière – n° 130 - Mai 2007.
- ❖ P. Thibault et P. Cimerman - Cahier de Formation continue N°II - *Douleur liée aux soins* - L'infirmière magazine - n°236 - Mars 2008
- ❖ Enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs répétés en cancérologie adulte. Quels retentissements sur la qualité de vie des patients ? – SOFRES médicale. Astra France département d'anesthésie, 1 place Renault, 92844 Reuil Malmaison – 1997.
- ❖ L. Brun - Douleur provoquée en réanimation chez l'adulte - 1<sup>ère</sup> journée du CNRD : *Douleur provoquée par les soins* - 17 octobre 2006 - Espace Congrès Institut Pasteur –Paris - disponible sur le site du CNRD.
- ❖ H.P. Cornu - *Douleur provoquée chez la personne âgée : données épidémiologiques* - 1<sup>ère</sup> journée du CNRD : *Douleur provoquée par les soins* - 17 octobre 2006 - Espace Congrès Institut Pasteur - Paris-disponible sur le site du CNRD.
- ❖ R. Sebag-Lanoe, B. Wry et D. Mischlich - *La douleur des femmes et des hommes âgés* – éditions MASSON- Paris - Mai 2002- 324 p.
- ❖ Guillemin E. - *Les soignants et la douleur induite par les soins* - Revue de l'infirmière- n°130 - Mai 2007.

- ❖ ATDE Pédiadol - La douleur de l'enfant : stratégies soignantes de prévention et de prise en charge - Décembre 2006 - disponible sur le site internet [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org)
- ❖ Liron A. – *Conseils pratiques d'une infirmière conseil en pansements* - Revue de l'infirmière – n°130 - Mai 2007.
- ❖ Lang E.V., Hatsiopoulou O., Koch T., Berbaum K., Lutgendorf S., Kettenmann E., Logan H., Kaptchuk T.J. « *Les mots peuvent-ils faire mal ? Interactions patient-soignant durant les soins invasifs* ». Notes rédigées à partir de l'article « Can words hurt ? Patient-provider interactions during invasive procedures » Pain - 2005 - n°114, p. 303-309 disponible sur le site du CNRD
- ❖ Célestin-Lhopiteau I., Thibault-Wanquet P. - *Guides des pratiques psychocorporelles* - Editions Masson - Janvier 2006 - 260 p.
- ❖ Ebrard F. - *La revue de l'infirmière* - Dossier « Du soin au prendre soin » - n°138 - mars 2008.
- ❖ Thibault P. et Moreaux T. - *Place des méthodes psychocorporelles dans la prise en charge et la prévention de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée* - Revue de la littérature - 2ème journée du CNRD : Douleur provoquée par les soins - 19 octobre 2007 – Paris - disponible sur le site du CNRD.
- ❖ Thibault P. - *L'utilisation des méthodes de distraction dans la prévention de la douleur lors des soins invasifs chez l'enfant* - Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université Prise en Charge de la Douleur en Soins Infirmiers - Mai 2004 - disponible sur le site du CNRD.
- ❖ Peoc'h N., Lopez G., Castes N. - *Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours...vers les prémises d'une compréhension* - Recherche en soins infirmiers n°88 - mars 2007.
- ❖ Caillaud A. - *L'utilisation du MEOPA chez la personne âgée* - 1<sup>ère</sup> journée du CNRD : Douleur provoquée par les soins - 17 octobre 2006 - Espace Congrès Institut Pasteur –Paris - disponible sur le site du CNRD.
- ❖ EWMA - *La douleur au changement d'un pansement* : document de référence – 2002 – 20 p.
- ❖ Escanez S., Autissier C. - « *Plein le dos* » ou comment se former à la manutention des patients - Revue de l'infirmière - Novembre 2007 - n°135.

# ANNEXES

**Annexe I :           Plaquette de présentation du CNRD**

**Annexe II :           Echelles d'hétéro-évaluation chez l'adulte et la personne âgée**

- ↳ Annexe II – a :   Echelle ECPA
- ↳ Annexe II – b :   Echelle Algoplus
- ↳ Annexe II – c :   Echelle DN4

**Annexe III :         Protocole d'utilisation du MEOPA**

**Annexe IV :         Les guides d'entretiens**

- ↳ Annexe IV – a :   Guide d'entretien après des infirmiers et aides soignants du service.
- ↳ Annexe IV – b :   Guide d'entretien auprès du responsable médical.
- ↳ Annexe IV – c :   Guide d'entretien auprès du responsable paramédical.

# ANNEXE I



## CNRD

Centre National de Ressources  
de lutte contre la Douleur



### Prévention et prise en charge de la douleur provoquée par les soins.

*Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur a été créé par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées dans le cadre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005.*

*Il a comme objectif principal la prévention et l'amélioration de la prise en charge de la douleur induite par les soins et les douleurs post-opératoires chez l'adulte, l'enfant et les personnes âgées.*

*Il s'adresse aux soignants de tous les secteurs d'activité : public, privé et libéral.*

*La création de ce centre permet d'assurer la continuité et la pérennité de l'engagement du Ministère de la Santé dans la lutte contre la douleur.*

### Le CNRD a pour missions de :

- > **Recueillir et diffuser l'information auprès de tous les professionnels de santé** par la création d'une médiathèque et d'un site Internet dédié spécifiquement à la prise en charge de la douleur,
- > **Apporter une aide logistique** aux professionnels de santé, notamment aux professionnels en charge de la douleur (audit clef en main, guides thérapeutiques, ...),
- > **Développer la recherche paramédicale sur la douleur** au quotidien, telles que les méthodes complémentaires non pharmacologiques de prise en charge de la douleur,
- > **Faire connaître et valoriser les initiatives** et les actions réalisées sur le thème de l'amélioration de la prise en charge de la douleur et du confort du patient (prévention de la douleur liée aux soins et aux gestes techniques).

### Le comité scientifique :

Le comité scientifique est composé de personnalités reconnues dans la prise en charge de la douleur ; il participe à l'élaboration, à la validation et à la mise en place des missions du CNRD.

Un comité de suivi, piloté par le Ministère de la santé, donne un avis sur le règlement intérieur et les perspectives annuelles d'activité du CNRD. Pour remplir ses missions, le CNRD travaille en collaboration étroite avec les associations, structures et sociétés savantes impliquées dans la diffusion de l'information aux patients et la prise en charge de la douleur.

# ANNEXE II - a

## Echelle ECPA

Nom : .....	SCORE TOTAL (sur 32) :
Prénom : .....	
Service : .....	
Date : .....	

### I OBSERVATION AVANT LES SOINS

#### 1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

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

#### 2° POSITION SPONTANEE au repos

(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

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

\* : se référer aux jours précédents

\*\* : ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

#### 3° MOUVEMENTS (ou MOBILITE) du patient (hors et/ou dans le lit)

- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude\*
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude\* mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude\*
- 3 : Immobilité contrairement à son habitude\*
- 4 : Rareté des mouvements\*\* ou forte agitation, contrairement à son habitude\*

#### 4° RELATION A AUTRUI

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

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

### II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

#### 5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

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

#### 6° Réactions pendant la MOBILISATION

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

#### 7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

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

#### 8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne



# ANNEXE II - b

## ALGOPLUS : Evaluation de la douleur

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur :  /  /   
(JJ/MM/AAAA)

Heure :  :   
(hh : mm)

Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation

- Médecin <sub>1</sub>  
IDE <sub>2</sub>  
AS <sub>3</sub>  
Etudiant <sub>4</sub>

Paraphe :

### ALGOPLUS

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

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 – <b>Visage:</b> Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – <b>Regard:</b> Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – <b>Plaintes orales:</b> « Aie », « Ouille », « j'ai mal », gémissements, cris                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – <b>Corps:</b> Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – <b>Comportements:</b> Agitation ou agressivité, agrippement                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Total Oui  / 5

Collectif DOLOPLUS : [WWW.Doloplus.com](http://WWW.Doloplus.com) Responsable Dr Bernard Wary  
Mail : [cspbelair@free.fr](mailto:cspbelair@free.fr)

Groupe de travail Algoplus : Responsable Dr Patrice RAT  
Mail : [patrice.rat@ap-hm.fr](mailto:patrice.rat@ap-hm.fr)

# ANNEXE II - c



## QUESTIONNAIRE DN4

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par «oui» ou «non»

### INTERROGATOIRE DU PATIENT

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EXAMEN DU PATIENT

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :


	OUI	NON
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point    NON = 0 point

**Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10**

Score du Patient :  /10

# ANNEXE III

 <p>Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph</p>	<b>Titre du protocole : Utilisation du MEOPA</b>	<b>CVM /T/PROT-001/13-05-08</b>
		<b>Nombre de pages : 8</b> <b>Date de création : octobre 2007</b>
	<i>manuel d'accréditation</i>	chapitre 3, référence 32.a
	rédigé par I.DESMOTTES (infirmière soins palliatifs)  E.GUILLEMIN (cadre infirmier)  L.OPATOWSKI (médecin référent douleur)  A.ROCHE (médecin anesthésiste)	signature : ID  signature : EG  signature : LO  signature : AR
	validé par Pour le CLUD : P. BREVILLE  Pour le COMEDIM : Y. BEZIE	signature : PB  signature : YB

## INFORMATIONS GENERALES :

***Manuel d'accréditation.** : (Prise en charge du patient en soins de courte durée réf 32.a) : Une concertation est organisée entre les professionnels pour améliorer la prise en charge de la douleur selon les recommandations de bonne pratique.*

**Objet :** Modalités d'utilisation du MEOPA lors des soins ou examens désagréables pour le patient (réfections de pansements, endoscopies, ponctions, gestes interventionnels peu douloureux...)

**Domaines d'application :** infirmier(e)s et médecins du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph.

Personnes habilitées à utiliser le MEOPA : infirmier(e)s formé(e)s sur prescription médicale

Décret n° 2004-802 du 29 juillet :

- art R.4311-2 : « *Les soins infirmiers...Ils ont pour objet....de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur... »*
- art R. 4311-5 : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants...19° : recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à la surveillance :...évaluation de la douleur »*
- art R.4311-8 : « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers »*

### **Vocabulaire :**

\* **MEOPA** : mélange équimolaire oxygène – protoxyde d'azote

\* **Définition et propriétés:** gaz incolore, inodore composé d'un mélange d'oxygène 50 % et de protoxyde d'azote 50 % administré par inhalation.

Ce mélange est anxiolytique, amnésiant et procure une analgésie de surface.

Il permet de réduire significativement de nombreuses douleurs induites par les soins.

Son délai d'action est d'environ 3 minutes avec une persistance de l'action du même ordre de temps à l'arrêt de l'administration.

Il est éliminé exclusivement par voie pulmonaire ; sa phase d'élimination est donc rapide.

Le protoxyde d'azote est connu depuis le 18<sup>ème</sup> siècle et utilisé pour la première fois en clinique par un dentiste américain lors d'une extraction dentaire.

En 1961 est réalisé un mélange stable avec 50 % de protoxyde d'azote et 50 % d'oxygène commercialisé en Grande Bretagne sous le nom d'Entonox®.

### **Documents associés ou de référence :**

Document d'information sur le MEOPA destiné au patient (p. 7 et 8).

# PROTOCOLE D'UTILISATION DU MEOPA

## OBJECTIFS

Diminuer la douleur provoquée par les soins ou les examens invasifs  
Diminuer l'anxiété des patients et la mémorisation des actes désagréables  
Améliorer les conditions de réalisation des soins ou examens pour les soignants

## INDICATIONS

Tout acte ou examen invasif provoquant de la douleur et/ou de l'inconfort pour lequel l'anesthésie générale n'est pas nécessaire ou recommandée (ex : réfection de pansements, endoscopies, ponctions, gestes interventionnels anxiogènes mais peu douloureux...).

## CONTRE-INDICATIONS

- patients nécessitant une ventilation en oxygène pur
- hypertension intracrânienne
- toute altération de l'état de conscience empêchant la coopération du patient
- pneumothorax
- bulles d'emphysème
- embolie gazeuse
- accident de plongée
- occlusion intestinale
- traumatisme facial intéressant la région d'application du masque
- L'administration du protoxyde d'azote durant la grossesse est déconseillée pendant le premier trimestre
- Patient agité, non coopérant ou trop asthénique

## INCOMPATIBILITES

Les mêmes que l'oxygène

Le MEOPA est un comburant, il accélère la combustion

Les risques d'inflammation existent avec :

- les corps gras : ne pas enduire de vaseline ou de pommade le visage ou les lèvres des patients
- les corps organiques : ne pas fumer, ne pas utiliser d'aérosol (laque ou désodorisant)

## MISE EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

### \* Par rapport au patient

- La durée d'inhalation ne doit pas dépasser 60 minutes
- Après l'administration de MEOPA, et surtout si l'administration a été prolongée, les patients de consultation devront être gardés sous surveillance jusqu'à disparition des effets indésirables éventuellement survenus, et le retour de vigilance antérieure à l'administration.
- Il n'est pas recommandé de conduire ou d'utiliser des machines en cas d'adjonction d'autre thérapeutique (anxiolytiques, antalgiques palier II et III) administrée spécifiquement pour le geste.

### \* Par rapport à l'environnement

- l'administration doit être faite dans des locaux équipés d'une source d'oxygène et d'un matériel d'aspiration présent et monté dans la chambre ou le box de consultation
- l'utilisation se fait dans un local bien ventilé qui permet d'éliminer le gaz expiré : aérer la chambre ou le box de consultation après l'administration
- Toute nouvelle bouteille pleine arrivant de la pharmacie devra être stockée en position horizontale durant 48h avant son utilisation à des températures comprises entre 10 et 30 °C. Puis, une fois entamée elle sera stockée dans le service dans un local aéré ou ventilé fermant à clef en position verticale.

### EFFETS INDESIRABLES

Habituellement bénins si les indications et contre-indications sont bien respectées et réversibles en quelques minutes : rêves, hallucinations, sensation ébrieuse, distorsions des sons, fourmillements, nausées, vomissements.

### DEROULEMENT DE L'ACTE SOUS MEOPA

#### 1) Avant

##### a) La prescription médicale

L'infirmière vérifie la prescription médicale.

##### b) La préparation du matériel (cf : schéma p 6)

- Bouteille de MEOPA avec manodétenteur intégré : toujours prévoir 2 bouteilles dans le service; dès que la pression est <10bars, changer de bouteille
- Masque adapté à la morphologie du patient et à l'indication
- Kit MEOPA : brancher le tuyau à la sortie de la bouteille et adapter l'autre extrémité sur le ballon ; ce kit peut-être réutilisé 15 fois : inscrire avec un marqueur indélébile sur tout nouveau kit les nombres de 1 à 15 et barrer 1 nombre après chaque utilisation
- Filtre anti-bactérien (à usage unique) à mettre entre le masque et le ballon

##### c) La préparation du patient (s'aider du document d'information destiné au patient.)

- Le patient n'a pas besoin d'être à jeun puisque le MEOPA ne déprime pas les réflexes laryngés
- Expliquer le déroulement du soin avec le MEOPA avant d'introduire le matériel dans la chambre ou dans le box ; éviter d'utiliser le mot « gaz » ainsi que « abus », **préférer mélange gazeux antalgique et bouteille.**
- Prévenir des sensations quelquefois ressenties : cf effets indésirables ; dire que ce n'est pas inquiétant et surtout que cela disparaîtra à l'arrêt de l'inhalation
- Présenter le matériel, demander au patient de manipuler et d'essayer le masque ; le masque doit être positionné de manière à permettre aux voies aériennes d'être bien dégagées
- Expliquer le principe de l'auto-administration
- Installer le patient confortablement dans la position adaptée à l'acte
- Demander au patient d'évaluer sa douleur avant l'acte avec l'échelle numérique (donner un chiffre entre 0 et 10 ; 0 = pas de douleur, 10 = douleur maximale imaginable) ou l'échelle verbale analogique (donne aussi un résultat entre 0 et 10)
- Mettre en place un saturomètre pour les actes empruntant la sphère ORL

## 2) Pendant

- Débuter l'inhalation du MEOPA quand la personne se sent prête, appliquer le masque et lui montrer comment le tenir
- Ouvrir la bouteille en tournant le robinet bleu, régler le débit à 6l/min avec la molette grise et faire gonfler le ballon
- **Faire respirer pendant 3 minutes le gaz** ; si la personne enlève le masque recommencer 3 minutes (l'effet analgésique du MEOPA n'est obtenu qu'après 3 minutes d'inhalation continue)

### Pendant toute la durée de l'inhalation :

- Veiller à limiter au maximum les bruits durant le soin (distorsions des sons)
- Favoriser l'auto administration.
- Vérifier régulièrement que le ballon se gonfle à l'expiration et se dégonfle à l'inspiration ; Adapter le débit entre 6 et 15 l/ min : si le ballon est trop gonflé réduire le débit, à l'inverse s'il est collabé augmenter le débit
- Communiquer avec la personne : lui parler, la rassurer, l'encourager, l'informer du déroulement du soin
- Surveiller la personne : la personne doit être capable de répondre aux ordres ; si sa vigilance diminue et qu'elle ne répond plus suspendre l'administration surveiller son état général : si elle vomit, la mettre en position latérale de sécurité
- Surveiller la saturation (lors des actes empruntant la sphère ORL) : si < à 90 % : arrêter l'administration
- Surveiller le temps : pas d'administration supérieure à 60 minutes

Arrêter l'administration du produit dès que le geste douloureux est terminé

## 3) Après

### a) La surveillance du patient

- Dès le retrait du masque, l'effet se dissipe et la personne retrouve son état habituel en quelques minutes.
- Avant de lever la personne la laisser récupérer, attendre que tous les effets éventuellement survenus durant l'inhalation se soient estompés, surveiller les premiers pas.
- La personne peut boire et manger normalement dès la fin du soin.
- Demander au patient d'évaluer la douleur maximale qu'il a ressentie durant le pansement avec l'échelle numérique ou l'échelle visuelle analogique et l'inciter à exprimer ce qu'il a ressenti

### b) Les transmissions

- Elles se font sur les documents de transmissions spécifiques au soin ou à l'examen.
- Noter : - le niveau de douleur minimale maximale durant l'acte.  
- les effets secondaires éventuellement survenus

### c) L'entretien du matériel

- Mettre le débit à 0 et fermer la bouteille avec le robinet bleu, débrancher le tuyau qui relie la bouteille au ballon
- Nettoyer la bouteille avec des phagolinettes
- Jeter le filtre
- Nettoyer le ballon et la tubulure qui relie le ballon à la bouteille de MEOPA avec des phagolinettes ; jeter le kit après sa quinzième utilisation
- Ranger les bouteilles en position verticale dans la pièce prévue à cet effet mais dès que la pression est inférieure à 10 bars commander tout de suite une nouvelle bouteille
- Aérer la chambre ou le box de consultation durant 10 minutes.

FILTRE (USAGE UNIQUE)  
BOUTEILLE PRÉSENCE MASQUE (PATIENT UNIQUE)



PRISE OLIVE /  
VALV BRANCHEMENT DE LA TUBULURE

MANOMÈTRE

TUBU  
BRAN

BALLON

M.E.O.P.A  
UTILISATIONS





Groupe hospitalier  
Paris Saint-Joseph

**3 sites, 1 seul hôpital**

**> Site S<sup>t</sup>-Joseph**

185 rue Raymond Losserand  
75014 PARIS

**> Site S<sup>t</sup>-Michel**

33 rue Olivier de Serres  
75015 PARIS

**> Site Notre-Dame  
de Bon Secours**

68 rue des plantes  
75014 PARIS.

**Standard commun**

**01 44 12 33 33**

**Direction générale :**

185 rue Raymond Losserand  
75014 PARIS

[www.hpsj.fr](http://www.hpsj.fr)

*Pour réduire la douleur et l'anxiété  
Provoquées lors d'un soin ou examen  
L'équipe soignante vous propose le  
M.E.O.P.A*



Groupe hospitalier  
Paris Saint-Joseph

**Document réalisé par :**

Emmanuelle GUILLEMIN (cadre infirmière)

Lisette OPATOWSKI (médecin consultation douleur)

Et validé par le C.L.U.D (Comité de Lutte contre la Douleur).

- ◆ Pour diminuer la douleur et l'anxiété provoquées par votre soin ou examen, nous vous proposons de respirer un mélange gazeux d'oxygène et de protoxyde d'azote, appelé M.E.O.P.A.
- ◆ Il est connu depuis 1961 et utilisé de manière routinière notamment en pédiatrie.
- ◆ Ce produit va vous est administré à l'aide d'un masque ; il ne va pas vous endormir, il va vous aider à vous détendre et diminuer votre douleur pour mieux supporter votre traitement ou votre examen.
- ◆ Il n'est pas nécessaire d'être à jeun.
- ◆ Vous allez maintenir vous même le masque pendant 3 minutes délai d'action avant le début du soin ou de l'examen et durant toute la durée de celui-ci.
- ◆ Vous pouvez parler à travers le masque et donc communiquer avec nous.
- ◆ Vous respirez normalement, et calmement pendant l'inhalation.
- ◆ Des sensations peuvent survenir durant l'administration ; elles sont sans gravité (distorsion des sons, fourmillements, rêves...) et disparaîtront sans séquelles à l'arrêt de l'administration.



- ◆ Pour nous aider dans la prise en charge de votre douleur, merci de nous apporter les documents relatifs à votre traitement (ordonnances, notices explicatives des médicaments...)

**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'équipe infirmière.**

# Annexe IV - a

## Guide d'entretien auprès des infirmiers et aides soignants du service

### A) Présentation générale du service, de l'équipe paramédicale et personnelle

Je vais me présenter à vous....

**Q1 :** J'aimerais que vous me disiez :

- depuis combien de temps vous êtes diplômé(e) et, pour les infirmier(e)s, avez-vous exercé comme aide-soignant(e) avant de devenir infirmier(e) ?
- depuis combien de temps travaillez-vous dans le service ?

### B) L'identification des soins douloureux

**Q2 :** Parmi les soins que les IDE et les AS réalisent quotidiennement dans ce service quels sont ceux qui peuvent être douloureux selon vous ?

**Q3 :** Parmi ceux-là quels sont les 3 soins les plus générateurs de douleur ?

**Q4 :** Qu'est-ce qui fait qu'un soin est douloureux selon vous ?

- Facteurs liés au soin lui-même : nature du soin, emploi d'un matériel invasif, caractère répétitif, etc....
- Facteurs liés au patient et à sa situation actuelle : état psychologique du patient, ancienneté de sa maladie, croyance dans la thérapeutique proposée, compréhension du patient de la nécessité du soin, etc....
- Facteurs liés au soignant : dextérité, connaissance du soin, organisation, connaissances des différents moyens de prévention, sa représentation du soin, etc....
- Facteurs en lien avec l'environnement du patient : calme, lieu connu ou non, luminosité, etc....

### C) Pratiques actuelles de prise en charge des douleurs induites par les soins

**Q5 :** Je vais maintenant vous demander de vous souvenir du dernier soin douloureux que vous avez effectué.

- Lequel était-ce ?
- Qui était le patient : âge, pathologies, état psychologique, soin réalisé pour la première fois ou non
- De quels éléments avez-vous tenu compte pour organiser le déroulement du soin ?
- Comment avez-vous su que le malade avait mal ?
- Avez-vous évalué la douleur autour du soin ? Quand ? Avec quoi ou comment ?
- Avez-vous utilisé des moyens pour prévenir ou traiter cette douleur ?  
Si oui, lesquels ?
- Auriez-vous souhaité utiliser d'autres moyens ? Si oui, lesquels ?
- Etiez-vous seul(e) pour réaliser le soin ?  
Si non avec qui ?
- Avez-vous réalisé une transmission de ce soin ?

Si oui : orale (à qui ?, quand ?), écrite (sur quel support)

- Q6 :** De quels moyens disposez vous dans le service pour prévenir la douleur liée aux soins ?
- Q7 :** Disposez-vous de protocoles écrits ou d'autres outils dans le service relatifs à la réalisation des soins, relatifs à l'utilisation de moyens de prévention de la douleur lors des soins ?
- Q8 :** Lorsque vous constatez qu'un soin est douloureux, le transmettez vous à d'autres membres de l'équipe ou à d'autres personnes extérieures à l'équipe ?  
Si oui : quand (pendant le soin, juste après le soin, durant les transmissions), à qui (collègues, cadre, interne, médecin senior ou chef de service), comment (oralement, par écrit)
- Q9 :** Comment se passe la collaboration avec l'équipe médicale en ce qui concerne la prise en charge de la douleur induite par les soins ?

**D) Motivations, dispositions personnelles à faire évoluer les moyens de prise en charge**

**Q10 :** Pensez vous qu'il existe d'autres moyens ? :

- le(s)quel(s)
  - quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir les utiliser ?
  - souhaiteriez-vous en développer certains dans votre service ?
- Si oui, le(s)quel(s) ? Pourquoi ?  
Si non, pourquoi ?

**Q11 :** Que ressentez-vous lorsque vous constatez qu'un malade a mal pendant un soin ?

**Q12 :** Pensez-vous que la douleur liée au soin puisse être évitable ?

- Si oui, pour tous les soins ? Pour certains soins ?
- Comment ?
- Si non, pourquoi ?

**E) Place de la formation**

**Q13 :** Avez-vous eu personnellement une formation spécifique sur la douleur liée aux soins ?  
Si oui : quand ? Thèmes abordés ? Durée ? Par qui ? Méthodes ? Bénéfices ?....

**Q14 :** Souhaiteriez-vous une (autre) formation portant spécifiquement sur la douleur provoquée par les soins ?  
Si oui : sur quels thèmes (évaluation, facteurs influençant le vécu, moyens pour prévenir) ?

**Pour conclure :**

**Q15 :** Avez-vous été gêné par certaines questions ?

Si oui, lesquelles ? En quoi ?

# Annexe IV - b

## Guide d'entretien auprès du responsable médical

### A) Présentation générale du service, de l'équipe médicale et personnelle

**Q1 :** J'aimerais pour débiter que vous me présentiez le service : nombre de lits, pathologies rencontrées, âge des patients, provenance des patients, durée moyenne de séjour, devenir des patients après leur séjour dans le service.

Composition de l'équipe médicale.

Depuis quand exercez vous dans le service ?

Avez-vous un autre lieu d'exercice professionnel ? Lequel ?

### B) L'identification des soins douloureux

**Q2 :** Parmi les soins dispensés par les IDE et les AS dans votre service, quels sont, selon vous, ceux qui sont douloureux ?

**Q3 :** Parmi cette liste quels sont les 3 soins les plus douloureux ?

**Q5 bis :** Qu'est-ce qui vous amène à penser qu'un soin est douloureux ?

- avis personnel : connaissances qui existent sur le soin, dires habituels des patients, expérience personnelle, etc.....,
- verbalisation du patient,
- comportement du patient durant le soin,
- transmission orale d'un soignant,
- transmission écrite d'un soignant,
- autre, précisez.

Utilisez vous à titre personnel un/des outil(s) pour l'évaluer ? le(s)quel(s)

### C) Pratiques actuelles de prise en charge des douleurs induites par les soins

**Q6 :** De quels moyens disposez-vous dans le service pour prévenir la douleur liée aux soins ?

Parmi ceux-ci le(s)quel(s) prescrivez-vous personnellement ?

**Q9 :** Comment se passe la collaboration avec l'équipe paramédicale en ce qui concerne la prise en charge de la douleur induite par les soins ?

### D) Motivations, dispositions personnelles à faire évoluer les moyens de prise en charge

**Q10 :** Pensez-vous qu'il existe d'autres moyens ? :

- le(s)quel(s)
- quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir les utiliser ?
- souhaiteriez-vous en développer certains dans votre service ?

Si oui, le(s)quel(s) ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

E) Place de la formation

**Q13** : Avez-vous eu une formation spécifique sur la douleur liée aux soins ?  
Si oui : thèmes abordés ? Durée ? Par qui ? Méthodes ? Bénéfices ? Etc....

**Q14** : Souhaiteriez-vous une (autre) formation portant spécifiquement sur la douleur provoquée par les soins ?  
Si oui : sur quels thèmes (évaluation, facteurs influençant le vécu, moyens pour prévenir) ?

Pour conclure :

**Q15** : Avez-vous été gêné par certaines questions ?  
Si oui, lesquelles ? En quoi ?

# Annexe IV - c

## Guide d'entretien auprès du responsable paramédical

### A) Présentation générale du service, de l'équipe paramédicale et personnelle

- Q1 :** J'aimerais pour débiter que vous me présentiez le service : nombre de lits, pathologies rencontrées, âge des patients, provenance des patients, durée moyenne de séjour, devenir des patients après leur séjour dans le service.  
Constitution de l'équipe paramédicale (nombre et ancienneté IDE et AS de nuit et de jour, soignants titulaires d'un D.U. douleur, soins dispensés par infirmières et aides soignantes du service  
Quel est votre parcours professionnel ?  
Depuis quand exercez-vous dans le service ?

### B) L'identification des soins douloureux

- Q2 :** Quels sont, selon vous, les soins douloureux dans votre service ?

- Q3 :** Parmi cette liste quels sont les 3 soins les plus douloureux ?

- Q5bis :** Qu'est-ce qui vous amène à penser qu'un soin est douloureux ?

- avis personnel : connaissances qui existent sur le soin, dires habituels des patients, expérience personnelle....,
- verbalisation du patient,
- comportement du patient durant le soin,
- transmission orale d'un soignant,
- transmission écrite d'un soignant,
- autre, précisez.

Utilisez-vous à titre personnel un/des outil(s) pour l'évaluer ? le(s)quel(s)

### C) Pratiques actuelles de prise en charge des douleurs induites par les soins

- Q6 :** De quels moyens disposez-vous dans le service pour prévenir la douleur liée aux soins ?

- Q7 :** Disposez-vous de protocoles écrits ou d'autres outils dans le service relatifs à la réalisation des soins, relatifs à l'utilisation de moyens de prévention de la douleur lors des soins ?

- Q9 :** Comment se passe la collaboration avec l'équipe médicale en ce qui concerne la prise en charge de la douleur induite par les soins ?



D) Motivations, dispositions personnelles à faire évoluer les moyens de prise en charge

**Q10** : Pensez vous qu'il existe d'autres moyens ? :

- le(s)quel(s)
- quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir les utiliser ?
- souhaiteriez vous en développer certains dans votre service ?

Si oui, le(s)quel(s) ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Pensez-vous que les infirmières et les aides soignants du service soient sensibles à la problématique de la douleur provoquée par les soins ?

E) Place de la formation

**Q13** : Avez-vous eu personnellement une formation spécifique sur la douleur liée aux soins ?

Si oui : thèmes abordés ? Durée ? Par qui ? Méthodes ? Bénéfices ?...

Avez-vous déjà organisé pour l'équipe une formation spécifique sur la douleur liée aux soins ?

Si oui : quand ? Thèmes abordés ? Durée ? Par qui ? Méthodes ? Bénéfices ? Retours pour le service ? ...

**Q14** : Souhaiteriez-vous pour l'équipe une (autre) formation portant spécifiquement sur la douleur provoquée par les soins ?

Si oui : sur quels thèmes (évaluation, facteurs influençant le vécu, moyens pour prévenir) ?

Pour conclure :

**Q15** : Avez-vous été gêné par certaines questions ?

Si oui, lesquelles, en quoi ?