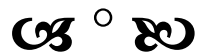


**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
RANGUEIL – TOULOUSE**

**LA PRISE EN COMPTE DE LA DOULEUR  
PROVOQUEE IATROGENE  
CHEZ L'ADULTE**



**TRAVAIL DE FIN D'ETUDES  
CONDUISANT AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIERE**

**VO -VAN FLORENCE**  
Etudiante en Soins Infirmiers  
Promotion 2002-2005

# **REMERCIEMENTS**

**Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail de fin d'études :**

- **Les formateurs et formatrices** de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Ranguel pour leurs conseils méthodologiques et leur guidance.
- **Mme LOPEZ G. et Mme QUINTARD M.**, infirmières anesthésistes, pour leurs précisions, leurs apports bibliographiques, leur aide et soutien.
- **Mme THIBAUT P.**, Cadre supérieur de santé au Centre National de Ressources contre la Douleur pour ses conseils et précisions
- **Mme CAPRAIS M-L.**, documentaliste à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Ranguel pour son aide dans mes recherches bibliographiques
- **Les professionnels de santé infirmiers** qui ont participé aux entretiens réalisés dans le cadre de mon enquête.

**Et à toutes les personnes qui m'ont encouragée et soutenue.**

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	p.3
DEVELOPPEMENT.....	p.5

## 1 ère PARTIE

<b>Cadre législatif</b> .....	p.5
<b>Cadre théorique/conceptuel</b> .....	p.10
<b>I - La douleur</b> .....	p.10
I – 1. Définition.....	p.10
I – 2. Les différents types de douleur.....	p.11
I – 3. La douleur aiguë et la douleur chronique.....	p.12
I – 4. La mémorisation de la douleur.....	p.13
I - 5. Les composantes de l'expérience douloureuse.....	p.15
<b>II - La douleur provoquée iatrogène</b> .....	p.17
II – 1. Définition.....	p.17
II – 2. Epidémiologie.....	p.18
II – 3. Les types de douleurs provoquées.....	p.19
II – 4. Les facteurs influençant le vécu douloureux des soins.....	p.20
II – 5. Les complications des douleurs provoquées.....	p.21
<b>III - Le concept de soin et les soins infirmiers</b> .....	p.23
III – 1. Le concept de soin .....	p.23
III – 2. Les soins infirmiers.....	p.24
III – 3. La relation soignant-soigné.....	p.27
<b>IV - L'infirmier face à la douleur provoquée iatrogène</b> .....	p.30
IV – 1. La formation des infirmiers sur la douleur provoquée iatrogène.....	p.30
IV – 2. Les représentations des soignants sur la douleur provoquée.....	p.30
IV – 3. Les moyens de lutte contre la douleur provoquée par les soins.....	p.32
<b>Problématique</b> .....	p.39

## 2 ème PARTIE

<b>Démarche choisie pour le recueil des informations</b> .....	p.41
<b>I - Choix de la population motivé par des critères d'inclusion</b> .....	p.41
<b>II - Choix et réalisation de l'outil d'enquête</b> .....	p.41
<b>III - La passation</b> .....	p.42
<b>IV - Les limites de l'outil d'enquête</b> .....	p.42
<b>Présentation et analyse des données recueillies</b> .....	p.43
<b>I - Présentation des données recueillies</b> .....	p.43
<b>II - Explication de l'analyse des données recueillies</b> .....	p.44
<b>III - Analyse qualitative et quantitative des données recueillies</b> .....	p.45
<b>Synthèse</b> .....	p.56

## 3 ème PARTIE

<b>Autocritiques du travail de fin d'études</b> .....	p.59
<b>CONCLUSION</b> .....	p.61
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	p.62
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	p.65
<b>ANNEXES</b>	

## **Abréviations**

- **COEGD : Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur**
- **DE : Diplôme d'Etat infirmier**
- **IASP : International Association for the Study of Pain**
- **IDE : Infirmier(s) ou infirmière(s)**
- **OMS : Organisation Mondiale de la Santé**
- **Rsp : Réponse spontanée**

# **INTRODUCTION**

Depuis l'existence de l'Homme, la douleur a toujours été présente, attendant le moment propice pour s'annoncer et entraîner parfois de la souffrance. Les difficultés à la combattre ont amené les instances médicales à la négliger et ont alors laissé un immense désarroi pour l'Humanité. En outre, la douleur a été sublimée par de multiples théoriciens, philosophes et religieux en lui conférant les valeurs de leur doctrine. Dans notre société, une des plus connues est celle du Judéo-Christianisme où la douleur est nécessaire puisque rédemptrice.<sup>1</sup>

Depuis environ une vingtaine d'années, de profonds changements sont intervenus. Les sciences médicales et pharmaceutiques ont évolué et leurs progrès tant dans les aspects fondamentaux, thérapeutiques que cliniques permettent dès à présent de soulager la douleur et la souffrance de l'Homme.<sup>2</sup> De plus, plusieurs directives gouvernementales récemment instaurées tendent à développer une culture anti-douleur. Ainsi, la douleur ne doit plus être considérée comme une fatalité. Dans cette perspective, la prévention de la douleur provoquée iatrogène apparaît alors comme un axe prioritaire de la politique de santé actuelle. De multiples professionnels de santé dont le personnel infirmier, sont alors les garants de cette prévention lors de leurs pratiques soignantes et surtout lors de la réalisation des soins. La réalité que j'ai pu observer est-elle en rapport avec ces prérogatives ?

Dans mes études actuelles préparant au diplôme d'état d'infirmier, la douleur est abordée avec les différentes pathologies rencontrées chez l'homme. Quelques heures ont été consacrées à la définition et aux mécanismes physiopathologiques de la douleur aiguë et chronique. La douleur provoquée par les soins a été abordée succinctement au travers des différents modules enseignés.

Au cours de mon premier stage, dans un service de pneumologie, j'ai été interpellée par la réalisation répétitive de gazométries chez les mêmes patients. Plusieurs d'entre eux, appréhendaient le caractère douloureux de ces soins qui pourtant devaient être réalisés. Parmi ces patients, certains bénéficiaient d'une prévention médicamenteuse de la douleur ( patch Emla® ) mais cette prise en charge de la douleur différait suivant les soignants.

D'autres stages ont suivi, et j'ai été confrontée à de multiples situations similaires occasionnées par d'autres soins tels que des ponctions veineuses, des poses de cathéters, la réfection de pansements ou des mobilisations ... Plusieurs moyens appartenant au rôle propre des infirmiers<sup>3</sup> peuvent être mis en place pour agir contre ces douleurs provoquées : information du patient, installation confortable et distraction pendant le soin ... Cependant, ces divers outils n'étaient pas ou peu utilisés ou n'étaient pas associés systématiquement au cours des soins douloureux. Enfin, les infirmiers peuvent sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole préétabli, utiliser des antalgiques pour prévenir cette douleur induite par

---

<sup>1</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. *Le médecin, le malade et la douleur*. 4<sup>ème</sup> édition. Paris : Masson, 2004. pp1-3

<sup>2</sup> Opus cité pp 1-3.

des gestes de soins. Or, j'ai observé que cette pratique n'était pas d'actualité dans tous les services.

**Face à ce constat**, plusieurs interrogations sur le sujet me sont apparues :

- Comment l'infirmier prévient-il et soulage-t-il la douleur provoquée par les soins ?
- Quels moyens a-t-il réellement à sa disposition ?
- Pourquoi les divers moyens dont il dispose sont peu utilisés, pas utilisés ou ne sont pas associés lors des soins ?

Ces diverses interrogations suscitent mon intérêt tout particulier, pour le sujet de la douleur provoquée et l'envie d'analyser ce phénomène, d'autant plus important puisque nous en sommes en tant qu'infirmiers les pourvoyeurs. L'approfondissement théorique et analytique de ce sujet me permettra une meilleure compréhension du « comment se comporter en matière de douleur provoquée ? » et l'amélioration de la qualité de ma pratique soignante.

Pour cela, il convient avant tout de situer les infirmiers face à la douleur provoquée. Aussi, je tenterai de répondre à la **question de départ** suivante :

**Dans quelle mesure la douleur provoquée par les soins est-elle prise en compte par les infirmiers, auprès d'adultes hospitalisés ?**

Dans un premier temps, nous aborderons le cadre législatif relatif à la douleur, la douleur d'une façon générale, la douleur provoquée et nous définirons le concept de soin et les soins infirmiers. Nous étudierons aussi les moyens de lutte contre la douleur provoquée dont dispose l'infirmier. Dans un second temps, nous essaierons de situer la relation de soin dans la prise en charge de la douleur provoquée.

---

<sup>3</sup> Lire dans tout le document : infirmier(s) ou infirmières(s)



## **DEVELOPPEMENT**

---

## Cadre législatif

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont développé une réflexion sur « *la prise en charge globale du patient à toutes les étapes des processus de santé.* »<sup>4</sup> La politique de lutte contre la douleur tend à affirmer cet engagement. Plusieurs textes réglementaires témoignent de cette volonté à améliorer la prise en charge de la douleur. Quels sont donc ces textes réglementaires et qu'impliquent-ils pour les infirmiers ?

### τ LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE – article L. 1112-4

**« Les établissements de santé publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux, mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des personnes malades qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité ou la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis. »**

Cette réglementation s'applique à tous les établissements de santé et concerne toutes les personnes hospitalisées. Ces dernières, sont ainsi en droit d'être soulagées de leur douleur quel que soit le service qui les accueille. Les établissements de santé doivent donc mettre en oeuvre des moyens de prise en charge de la douleur qu'ils définiront dans leur projet d'établissement.

### τ LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE – circulaire du 6 mai 1995 du Ministère de la Santé – article 2

**« Au cours de ces traitements et de ces soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. »**

Cet article implique moralement tous les professionnels de santé des secteurs médical et paramédical, dans la prise en charge de la douleur physique et psychologique. La douleur provoquée qui n'est pas spécifiquement énoncée fait partie de cette douleur physique et psychologique.

### τ LE PLAN TRIENNAL DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR ( 1998-2000 ) DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998

Ce plan gouvernemental instauré sous l'initiative de B.Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé en 1998, s'articule autour de quatre axes :

- « *La prise en compte de la demande du patient*
- *Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins.*
- *Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur.*
- *L'information du public »*<sup>5</sup>

Ce plan a eu pour objectif de sensibiliser tous les professionnels de santé, ainsi que le grand public à une culture anti-douleur et a suggéré que « **la douleur n'est pas une fatalité.** »<sup>6</sup> L'écoute du patient, la formation et l'information des soignants sur l'évaluation et le traitement de la douleur semblaient permettre le soulagement de celle-ci. Evalué en 2001, ce plan triennal a effectivement permis des

---

<sup>4</sup> Plan de lutte contre la douleur 1998-2000 [ en ligne ] [visité le 10.09.04 ] Disponible sur Internet : < [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34\\_980307.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_980307.htm) >

<sup>5</sup> Plan de lutte contre la douleur 1998-2000 opus cité p.2

<sup>6</sup> Opus cité p.1

améliorations dans la prise en charge de la douleur. Cependant, cette évaluation pointait le fait qu'il y ait encore des progrès à faire dans ce domaine ce qui a incité à la mise en place d'un second plan.<sup>7</sup>

τ **LE PLAN QUADRIENNAL DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR ( 2002-2005 ) DHOS/E n° 2002-266 du 30 avril 2002**

Ce plan quadriennal tend à pérenniser l'amélioration de la prise en charge de la douleur en fixant trois objectifs parmi lesquels nous retrouvons « *la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie.* » Au travers de cet axe, le rôle infirmier se trouve renforcé.<sup>8</sup> ( Annexe I )

τ **LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE – LIVRE 4 – TITRE 2 : Profession d'infirmier ou d'infirmière – Actes professionnels.**

### **Article R4311-2**

**« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs, palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. 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. »**

L'infirmier doit réaliser des soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs où ses compétences techniques et relationnelles sont associées. Il a le devoir de prendre en compte la douleur physique et morale de la personne soignée. Par conséquent, la douleur provoquée iatrogène doit l'être aussi.

### **Article R4311-5**

**« 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... Il participe au recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et à l'appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle ... évaluation de la douleur. »**

Cet article met l'accent sur la nécessité d'apporter confort et sécurité au patient. Dans cette optique, l'infirmier doit dans le cadre du rôle propre, évaluer la douleur et donc la douleur provoquée au même titre que les pulsations ou la pression artérielle. L'infirmier est ainsi le garant de l'observation et de la transmission de l'information concernant la douleur.

### **Article R4311-8**

Dans le cadre de son rôle prescrit, « *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.* »

Cet article permet à l'infirmier d'avoir recours à des protocoles d'analgésie préétablis, actualisés et en vigueur dans les services. Ces protocoles ayant valeur de prescription, lui

---

<sup>7</sup> Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [ en ligne ] [visité le 10.09.04 ] Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/douleur/intro.htm> >

permettent d'initier l'analgésie et de ne pas perdre de temps dans la prise en charge de la douleur de la personne soignée. L'infirmier est ainsi positionné en tant qu'acteur responsable dans la prise en charge de la douleur.

**τ LA LOI DU 4 MARS 2002 – n° 2002-303 – article L.1110-5 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**

*« ... Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... »*

Le patient a le droit à une prise en charge de la douleur dans toutes les circonstances. Ainsi, les préventions des douleurs symptomatiques et des douleurs induites par les soins doivent donc être au cœur de tous les processus de soins.

Face à la réglementation en vigueur que nous venons de voir, concernant la prise en charge de la douleur, l'infirmier est tenu à une obligation d'évaluation et de moyens. Par conséquent, toute douleur non prise en charge dans la mesure du possible, correspond à un préjudice corporel et engage la responsabilité civile voire pénale de l'infirmier.<sup>9</sup> La prévention de la douleur provoquée n'est pas spécifiquement citée dans ces textes, mais elle y est sous-entendue car elle fait partie intégrante de la lutte contre la douleur.

Une fois sa fonction d'alerte dépassée, le législateur reconnaît ainsi la douleur comme inutile et incite le soignant à la combattre : « *La douleur n'est pas médicalement correcte.* »<sup>10</sup> Le cadre réglementaire de la prise en charge de la douleur étant posé, essayons maintenant de comprendre à quoi correspond cette douleur d'un point de vue anatomo-psycho-physiopathologique.

---

<sup>8</sup> Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 opus cité 36p.

<sup>9</sup> DEVERS G. Le droit et la douleur. *Droit, Déontologie, Soins*, septembre 2004. Volume 4, n°3, pp. 295-310.

<sup>10</sup> SERRIE A. La prise en compte de la douleur une nouvelle culture. *La presse médicale*, Juin 2004, Tome 33, Hors série spécial bicentenaire, pp. 13-16.

# Cadre théorique/conceptuel

## I - La douleur

### I – 1. Définition

L'International Association for the Study of Pain ( IASP ) définit en 1979 la douleur comme « *une expérience sensorielle, émotionnelle, désagréable associée à une lésion tissulaire potentielle ou réelle, ou décrite en les termes d'une telle lésion* »<sup>11</sup>

La douleur est donc *une expérience*<sup>12</sup> :

- τ *Désagréable* : elle est en rapport avec le vécu de la personne et les diverses interactions socioculturelles qui interviennent dans sa vie. La douleur est donc **individuelle et subjective**.
- τ *Sensorielle* : elle passe par les organes des sens inhérents au corps humain. Ainsi, la douleur peut être **ressentie physiquement et/ ou moralement**.
- τ *Émotionnelle* : elle génère des émotions. Ces émotions passent le plus souvent par des pleurs, des cris, de la colère, de l'angoisse... La douleur peut ainsi **bouleverser l'individu psychologiquement**.

Les étiologies de la douleur sont des dommages tissulaires potentiels ( « non visibles mais existant »), réels ( « visibles ») ou exprimés par la personne comme tels ( discours laissant penser que la douleur existe alors qu'il n'y a pas de lésion ). Ces dommages tissulaires peuvent être causés par une pathologie, un traumatisme ou par des soins invasifs.

---

<sup>11</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. *L'infirmière et la douleur*. 6<sup>ème</sup> édition. Paris : Institut UPSA de la Douleur, 2003. 176p.

<sup>12</sup> SAINTIGNAN D. *L'infirmier anesthésiste peut – il apporter un plus au rôle de référent douleur ? Travail d'intérêt professionnel : Ecole d'infirmier anesthésiste CHU de TOULOUSE*, 2004. 52p.

Ainsi, à travers cette définition de la douleur, on peut dire que même si la douleur est un phénomène universel, elle est avant tout un phénomène subjectif, de l'ordre de l'intime. Le discours des patients, leurs sensations, leurs émotions doivent donc impérativement être pris en compte dans la démarche thérapeutique de la douleur. De plus, cette définition renforce l'idée que le somatique et le psychique sont intimement liés, rendant obsolètes les anciennes théories mécanistes et organistes du fonctionnement du corps humain qui les dissociaient.<sup>13</sup> La considération de la douleur passe donc par l'étude du corps et de l'esprit.

## **I – 2. Les différents types de douleur**

### **I – 2.1. La douleur par excès de nociception**

Cette douleur résulte d'un excès de nociception c'est-à-dire un excès de stimulation des terminaisons nerveuses périphériques libres innervant les tissus cutanés, musculaires, articulaires et les parois des viscères. Cette stimulation active le système physiologique de la transmission des messages douloureux qui seront communiqués à la moelle épinière, au tronc cérébral, au thalamus puis intégrés au sein de plusieurs aires du cortex cérébral. Un simple choc au niveau cutané suffit pour transmettre aux structures centrales un message nociceptif à l'origine de la sensation douloureuse ressentie. Ce type de douleur peut s'exprimer sur un mode continu ou intermittent. Le vocabulaire décrivant cette douleur peut être très riche : battements, compression, écrasement, coup de poing...<sup>14</sup> La douleur provoquée iatrogène est le plus souvent une douleur par excès de nociception.

### **I – 2.2. La douleur neuropathique ou de désafférentation**

Cette douleur est liée à une altération totale ou partielle du système nerveux central ( cortex cérébral, thalamus, tronc cérébral, moelle épinière ) ou périphérique ( nerfs ) et survient en l'absence de stimulation nociceptive. Elle est responsable d'une hypersensibilité et d'une hyperexcitabilité des neurones ou des terminaisons nerveuses. La douleur neuropathique est ressentie dans un territoire de topographie neurologique. Elle se manifeste par un fond douloureux continu à type de fourmillements ou de brûlures sur lesquelles viennent se surajouter des décharges paroxystiques. Son évolution est progressive au cours de la journée

---

<sup>13</sup> LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métaillé, 1995. 237p.

<sup>14</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. Opus cité. pp. 15-42

pour atteindre son apogée le soir. Elle est souvent associée à des troubles sensitifs à type d'anesthésie, de paresthésies, d'allodynie ou d'hyperpathie.<sup>15</sup>

### **I – 2.3. La douleur sine materia et psychogène**

Cette douleur exprimée par les patients ne présente aucune cause organique ( absence de dégât tissulaire ou de lésion nerveuse ) autant à l'examen clinique qu'après la réalisation d'examens complémentaires. Ces mêmes douleurs dites fonctionnelles, peuvent être qualifiées de psychogènes « avec une sémiologie atypique » souvent en rapport avec une problématique psychologique ( deuil d'un proche... ) ou psychopathologique ( hypochondrie, dépression... ), soit de douleurs idiopathiques lorsque la sémiologie est stéréotypée telles que des céphalées de tension ou des fibromyalgies...<sup>16</sup>

Ces trois types de douleurs ( par excès de nociception, par désafférentation, sine materia et psychogène ) peuvent être intriqués. D'où la nécessité pour le soignant de réaliser une bonne analyse de la douleur du patient.

Outre ces différents mécanismes de la douleur, la notion de temps intervient, elle aussi, permettant de classifier la douleur en deux catégories : la douleur aiguë et la douleur chronique.

### **I – 3. La douleur aiguë et la douleur chronique**

La douleur aiguë est de courte durée ( inférieure à 3 mois ). Elle est un signal d'alarme indiquant une atteinte de l'intégrité du corps humain, un symptôme d'une pathologie ayant valeur de diagnostic. Son mécanisme générateur est unifactoriel. Elle entraîne de l'anxiété et des comportements réactionnels spontanés ( évitement, fuite, sudation, nausées ). Elle peut être induite par des soins, des actes chirurgicaux ou des traitements.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. Opus cité. pp. 35-42

<sup>16</sup> Opus cité. pp. 35-42

<sup>17</sup> Opus cité. pp. 35-42

La douleur est dite chronique lorsqu'elle se prolonge au-delà de 3 et 6 mois. Elle est d'intensité variable et récurrente. Elle détruit physiquement, psychologiquement et socialement le sujet. Elle provoque souffrance et dépression. La douleur est un syndrome et peut constituer une maladie à part entière.<sup>18</sup>

Le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique trouve des explications dans le phénomène de mémorisation de la douleur.

## **I – 4. La mémorisation de la douleur**

### **I – 4.1. D'un point de vue neurobiologique**

Pour les médecins P.Queneau et G.Ostermann « *la douleur aiguë laisse une inscription, une empreinte durable, voire indélébile sur le psychisme et les centres nerveux.* » « *Une empreinte d'autant plus marquée que préjudiciable qu'elle aura été intense et prolongée, négligée ou pire mise en doute.* »<sup>19</sup> Ainsi, la douleur aiguë peut se transformer en douleur chronique à plus ou moins long terme. « *La mémorisation de la douleur aiguë pourra faire le lit de la douleur chronique.* »<sup>20</sup> En effet, certaines douleurs chroniques seraient issues d'une hypersensibilité douloureuse du sujet dans des régions corporelles ayant mémorisés des anciennes douleurs ou traumatismes de l'enfance.<sup>21</sup> Ces médecins évoquent les termes de « *patrimoine douleur* ».

Selon les neurobiologistes, il existe des mécanismes intervenant dans la transmission et l'intégration des messages nociceptifs au niveau médullaire qui expliqueraient ces empreintes faites dans le cadre de la douleur aiguë et faisant basculer secondairement le patient dans un processus de douleur chronique. Entre autres, certains neurotransmetteurs tel le glutamate seraient incriminés dans des phénomènes de mémorisation lors d'une douleur intense ou prolongée.<sup>22</sup> En effet, le glutamate se fixe sur le récepteur NMDA ( N-méthyl-D-

---

<sup>18</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. Opus cité. pp. 35-42

<sup>19</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. *Soulager la douleur*. Paris : Odile Jacob, 1998. pp 15-24

<sup>20</sup> Opus cité. pp. 16-18

<sup>21</sup> Opus cité. pp. 75-77

<sup>22</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. *Le médecin, le malade et la douleur*. 4<sup>ème</sup> édition.

Paris : Masson, 2004. p.3 pp11-35



Aspartate ) et est ainsi responsable d'une sensibilisation de neurones centraux voisins, augmentant l'intensité de la réaction nociceptive. Ces remaniements vont s'accompagner de la réactivité des voies non nociceptives ( exemple : voie de la sensibilité épicrotique c'est-à-dire tactile ou thermique ). Ceci explique que de plus en plus d'équipes utilisent des substances qui bloquent les récepteurs NMDA empêchant ainsi le glutamate de s'y fixer ( exemple : Kétamine® ) et donc prévenant le phénomène de mémorisation de la douleur.<sup>23</sup>

#### **I – 4.2. D'un point de vue psychanalytique**

Pour le psychanalyste J.-D.Nasio, la mémorisation de la douleur corporelle est inconsciente. « *L'image mentale de la blessure, née de la perception de la lésion, localise et fixe la douleur vécue.* »<sup>24</sup> L'instance du MOI considère donc le corps comme son enveloppe protectrice et lorsque celle-ci est lésée, « *la perception d'une excitation douloureuse* »<sup>25</sup> prend la forme d'une image qui sera mémorisée psychiquement au travers des émotions et des sensations ressenties.

Effectivement, certaines observations cliniques lors d'une étude sur le conditionnement de la douleur témoignent « *de l'association entre l'expérience sensorielle d'une douleur et son vécu émotionnel manifestement encodés dans le cerveau comme le fruit d'un apprentissage passé.* »<sup>26</sup> Des images négatives, déplaisantes associées à des stimuli douloureux passés provoqueraient une hyperalgésie plus intense que ceux associés à des images positives et cela à l'insu de la personne.

***Mécanismes neurobiologiques et mécanismes psychologiques sont donc des explications au phénomène de mémorisation de la douleur. Après avoir analysé la douleur d'un point de vue anatomo-psycho-physiopathologique, voyons maintenant ses composantes.***

---

<sup>23</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. opus cité p 3. pp 11-35.

<sup>24</sup> SEBAG-LANOË R., WARY B., MISCHLICH D. *La douleur des femmes et des hommes âgés.* Paris : Masson, 2002. 323p. Collection : Âges, Santé, Société. pp. 27-33.

<sup>25</sup> Opus cité. pp. 27-33

<sup>26</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. 4 ème congrès de la SETD. 2003. Paris – La Villette. Paris : SETD – IASP. 2003

## **I- 5. Les composantes de l'expérience douloureuse**

### **I- 5.1. Une composante sensori discriminative**

La composante sensori discriminative correspond à l'ensemble des mécanismes neurobiologiques qui permettent au patient de reconnaître la douleur d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Il peut ainsi décrire sa durée, son intensité, la sensation ressentie et la localiser. Son discours a donc une valeur sémiologique qui permet de retrouver l'étiologie de cette douleur.<sup>27</sup>

### **I- 5.2. Une composante affectivo émotionnelle**

La composante affectivo émotionnelle correspond à l'intégration du vécu du patient dans l'expression de sa douleur. Ainsi, la douleur peut être qualifiée de gênante, pénible, déprimante ou insupportable... Elle est exprimée en fonction de la personnalité du patient et de la pathologie associée. Ainsi, une maladie incurable ou grave pourra influencer le vécu de la douleur qui pourra prendre une connotation péjorative ( exemple : un cancer associé à la notion de mort peut rendre la douleur intolérable ).<sup>28</sup>

### **I- 5.3. Une composante cognitive**

La composante cognitive correspond à l'intégration de l'éducation, de la religion, de la philosophie, de l'environnement socioculturel et des représentations de la personne dans l'expression de la douleur. L'expression de l'expérience douloureuse est donc influencée par le vécu du patient.<sup>29</sup>

### **I- 5.4. Une composante comportementale**

La composante comportementale correspond aux différentes manifestations de la douleur. Elles peuvent être physiques ( tremblements, pleurs... ), verbales ( langage imagé de la douleur, cris, hurlements... ) ou non verbales ( mimiques, repli sur soi, mutisme... ).<sup>30</sup>

---

<sup>27</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. Opus cité p 9. pp 29-34

<sup>28</sup> Opus cité pp 29-34

<sup>29</sup> Opus cité pp 29-34

<sup>30</sup> Opus cité pp 29-34

L'expérience douloureuse s'exprime à travers ces quatre dimensions toujours intriquées entre elles et singulières à chaque individu. La douleur correspond donc à un phénomène somato-psychique pluridimensionnel où les aspects anthropologiques sont prépondérants.

D'après D.LEBRETON, suivant la place que la douleur prend à un moment donné de la vie d'une personne, elle est le reflet de « *son rapport au monde.* »<sup>31</sup> En effet, le seuil de sensation de la douleur ( valeur minimale du stimulus pour produire une sensation ) est identique pour chacun d'entre nous. « *En revanche, le seuil de perception – ou de tolérance - ( valeur minimale du stimulus pour que la sensation soit ressentie comme douloureuse ) est modulé par des facteurs qui exercent une influence considérable.* »<sup>32</sup> Ces facteurs peuvent être d'ordre culturel, religieux, philosophique, social... Donc, tout ce qui interagit avec l'homme et qui compose son histoire constitue « *un filtre spécifique dans son appréhension de la douleur.* »<sup>33</sup> La douleur est avant tout subjective et individuelle.

Nous venons de voir à quel point la douleur est un phénomène complexe, voyons maintenant à quoi correspond la douleur provoquée et comment pouvons nous la resituer dans ce phénomène global de douleur.

---

<sup>31</sup> LE BRETON D. opus cité pp 11-80

<sup>32</sup> SERRIE A., Poulain P. Physiopathologie de la douleur [ en ligne ]. [ visité le 15.04.05 ]  
Disponible sur Internet : < <http://documentation.ledamed.org> >

<sup>33</sup> LE BRETON D. Douleur et soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 1998, n°53, pp. 17-23.

## II - La douleur provoquée iatrogène

### II – 1. Définition

Analysons l'expression « **douleur provoquée iatrogène** » :

- τ Le nom « **douleur** » évoque l'expérience désagréable, pluridimensionnelle, subjective et individuelle.
- τ L'adjectif « **provoquée** » signifie que cette douleur n'apparaît pas spontanément. Des éléments effectifs externes sont en cause.
- τ L'adjectif « **iatrogène** » vient du latin « **iatro** » qui signifie médecin et « **genesis** » qui signifie origine.<sup>4</sup>

**Les douleurs provoquées iatrogènes sont donc des douleurs induites par les soignants.**

De façon plus élaborée, les douleurs provoquées iatrogènes correspondent à des douleurs soit « *aiguës ou subaiguës – éventuellement répétitives voire quotidiennes – soit tardives* ». Elles sont « *induites par les soins, des gestes à visée diagnostique ou thérapeutique, inhérente à des traitements ( chirurgicaux, pharmacologiques, radiothérapeutiques ).* »<sup>5</sup>

Ces douleurs provoquées existent-elles réellement ?

---

<sup>4</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. opus cité.

pp 33-35

<sup>5</sup> Opus cité. p.30

## II – 2. Epidémiologie

Quelques enquêtes témoignent de la prévalence des douleurs iatrogènes.

➤ En avril 2003, le Comité d'Organisation des Etats Généraux de la Douleur ( COEGD ) a dressé un état des lieux sur la prise en charge de la douleur en France. A l'aide d'un questionnaire téléphonique, 1007 personnes, de plus de 18 ans, ont été interrogées. Ainsi pour 14 % des individus, des douleurs sont « *ressenties suite à des examens ou des soins.* »<sup>6</sup>

➤ « *Une enquête effectuée en 2003 par l'équipe du département d'anesthésie réanimation algologie de l'Institut Bergonié, Centre Régional de Lutte contre le Cancer, montre que 70 % des patients expriment une douleur dans un secteur de surveillance post-interventionnelle, dont 38 % sont des douleurs induites par des gestes de soins, considérées par les patients comme plus intenses que la douleur de la chirurgie.* »<sup>7</sup>

➤ En 1998, en collaboration avec ASTRA et la SOFRES médicale, une enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs en cancérologie a été publiée. « *Un patient sur trois reconnaît que subir des gestes invasifs répétitifs est extrêmement, très ou assez gênant.* »<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> COMITE D'ORGANISATION DES ETATS GENERAUX DE LA DOULEUR. Prise en charge de la douleur en France. [ en ligne ]. Paris : TAYLOR NELSON SOFRES Santé, 29 Avril 2003. [ visité le 11.12.04 ] Disponible sur Internet : < <http://www.aventispharma.fr> >

<sup>7</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. Opus cité pp 36-38

<sup>8</sup> KHHAYAT D., KRAKOWSKI I., SCHRAUB S. et al. Enquête multicentrique – Evaluation de la douleur des gestes invasifs, répétitifs en cancérologie adulte. Rueil – Malmaison : Laboratoire ASTRA France, 1998. 23p.

➤ En 1993, un service de réanimation de 10 lits de l'hôpital Broussais, à Paris, enquête sur la satisfaction des patients et révèle que les soins mal supportés sont pour « 46 % la gazométrie, 26 % la sonde à oxygène et 25 % les prises de sang. »<sup>9</sup>

Ces différentes enquêtes, encore peu nombreuses, démontrent bien la réalité des douleurs provoquées et l'existence de soins douloureux réalisés dans différents services. Quels types de douleurs provoquées pouvons nous rencontrer ?

## **II – 3. Les types de douleurs provoquées**

### **II – 3.1. Les douleurs induites par les soins**

Il s'agit de douleurs induites par « *des soins dits de base ou de nursing, appelés soins d'entretien et de continuité de vie.* » Les soins les plus douloureux sont fonction « *du degré d'autonomie et des niveaux de suppléance requis dans la satisfaction des besoins fondamentaux* »<sup>10</sup> de la personne. Parmi ces soins, nous retrouvons :

- « *la manutention et la mobilisation de toutes formes ( transferts, brancardage, lever et coucher, toilette, change, réfection de lit, retournement... )*
- *l'hygiène corporelle et bucco-dentaire avec toute la charge émotionnelle liée à l'intrusion dans l'intimité de l'autre.*
- *l'aide alimentaire avec tout ce qui touche à l'articulé et l'état dentaire, la déglutition ( nausées, mycoses... ), la manière de donner, de recevoir, de sentir et de goûter...*
- *l'habillage et le déshabillage. »*<sup>11</sup>

### **II – 3.2. Les douleurs provoquées par des gestes techniques**

Il s'agit de douleurs induites par des gestes techniques. Les plus douloureux sont ceux qui nécessitent « *une effraction cutanée, une intrusion dans un orifice naturel ou une installation particulière pour être réalisés tels que : les ponctions veineuses, artérielles, lombaires, d'ascites, de plèvre ou sternale, les injections intramusculaires, intraveineuses,*

---

<sup>9</sup> Comment les malades de réanimation évaluent-ils leur séjour ? Résultats d'un questionnaire. Février à décembre 1993 à Paris. Paris : Service de Réanimation Médicale, Hôpital Broussais.

<sup>10</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. opus cité.

*sous-cutanées, la pose de cathéters veineux ou artériels, les fibroscopies ( hautes ou basses), les soins de plaies... »*<sup>12</sup> ( Annexe II )

### **II – 3.3. Les douleurs provoquées par les traitements**

Il s'agit de douleurs résultant du caractère invasif ou traumatisant du traitement comme par exemples : les dermites post-radiques, les plaies chirurgicales post-opératoires. Les traitements médicamenteux peuvent eux aussi induire des douleurs provoquées à plus ou moins long terme qui correspondent à des effets indésirables à localisation variable ( exemple : polynévrite post chimiothérapie ).<sup>13</sup>

Il existe effectivement plusieurs types de douleurs provoquées. Ces douleurs sont-elles standards ou bien sont-elles influencées par des facteurs externes ?

### **II – 4. Les facteurs influençant le vécu douloureux des soins**

Plusieurs facteurs influencent le vécu général du patient et donc le vécu douloureux. Par conséquent, le vécu douloureux lié aux gestes soignants est lui aussi atteint. Parmi les facteurs influençant le vécu, nous retrouvons :

- **L'hôpital : Le patient hospitalisé découvre un nouvel environnement bien différent de son domicile. Il peut ainsi se sentir agressé et moins bien vivre les soins. Notre vocabulaire scientifique, notre organisation, nos soins médicaux et infirmiers sont alors autant de facteurs déstabilisant son quotidien, son rythme de vie et ses connaissances.**<sup>14</sup>
- **La désorganisation des soins : absence de planification anticipée, répétition des examens douloureux dans une courte période, non-respect du rythme du patient.**<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> SEBAG-LANOË R., WARY B., MISCHLICH D. opus cité pp 125-136

<sup>13</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. opus cité. pp 50-51

<sup>14</sup> MULLER A. opus cité pp. 167-170

<sup>15</sup> SEBAG-LANOË R., WARY B., MISCHLICH D. opus cité pp 125-136

- L'inadaptation de l'environnement **tant dans les locaux que dans le matériel et dans leur sous – utilisation.**<sup>16</sup>
- La perturbation de l'intimité du patient, **qui de façon répétitive dans notre démarche soignante, peut occasionner une certaine violence.**<sup>17</sup>
- Le type de soin, l'endroit **où il sera pratiqué mais également sa répétition.**<sup>18</sup>
- Les antécédents d'anciens gestes douloureux **pouvant être remémorés par le patient et les représentations qu'il en a.**<sup>19</sup>
- L'ancienneté de la maladie, l'âge et l'état d'esprit **dans lequel le patient se trouve** ( fatigue, anxiété, peur... )<sup>20</sup>
- Le soignant **qui réalise le geste ( facteur minoré par les infirmiers.<sup>21</sup> ) car c'est la relation établie entre le soignant et le soigné qui favorise une certaine** confiance et apaise les peurs de ce dernier.<sup>22</sup> ( Annexe III )

**Nombreuses sont les situations où le vécu douloureux des gestes soignants peut être modifié de façon péjorative. Il est alors intéressant d'en connaître les complications.**

## II – 5. Les complications des douleurs provoquées

---

<sup>16</sup> opus cité pp 125-136

<sup>17</sup> opus cité pp 125-136

<sup>18</sup> KHHAYAT D., KRAKOWSKI I., SCHRAUB S. et al. Opus cité pp 7-13

<sup>19</sup> Opus cité pp 7-13

<sup>20</sup> Opus cité pp 7-13

<sup>21</sup> Opus cité pp 7-13

<sup>22</sup> Opus cité pp 7-13



Les complications des douleurs provoquées sont les mêmes que celles de la douleur en général. Parmi elles, nous retrouvons :

- Le stress : « *véritable transaction entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et menaçant son bien être ( LAZARUS et FOLKMAN 1984 ).* »<sup>23</sup>
- L'anxiété : « *état ou réaction anxieuse, mais ponctuelle, en réponse à un événement particulier. Elle permet d'alerter l'individu d'une situation potentiellement dangereuse, stressante et lui permet alors de développer des stratégies pour s'y adapter, à condition bien sûr que cette anxiété ne devienne pas paralysante.* »<sup>24</sup>
- L'insécurité, la crainte, l'appréhension : **états dans lesquels la personne a peur de quelque chose. Elle est inquiète.**
- L'éveil, la vigilance, la nervosité, l'agitation : **comportements signalant une inquiétude du patient.**
- Les raideurs, les crispations, l'augmentation de la fréquence respiratoire, une tachycardie, la sudation, le malaise vagal : **comportements physiques et physiologiques rendant compte d'un mal être.**
- Le refus du soin : **interruption de l'alliance thérapeutique par perte des croyances dans l'efficacité du traitement et dans le soignant. Perte de la confiance.**<sup>25</sup>
- L'apparition d'une douleur chronique **issue de la mémorisation d'anciennes douleurs aiguës qui peuvent être des douleurs iatrogènes.**<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> BIOY A., FOUQUES D. *Manuel de psychologie du soin*. Saint Germain du Ruy : Bréal, 2002. 317p. pp 102- 107

<sup>24</sup> BIOY A., FOUQUES D. opus cité pp 102-107

<sup>25</sup> Cours sur la douleur de 2 ème année ( 2003-2004 )

<sup>26</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. opus cité p 14. pp 11-35.

**Ces différentes complications de la douleur provoquée ont pour origine les soins que nous prodiguons. Ces répercussions sont négatives sur la santé des personnes que nous soignons. Un paradoxe apparaît alors entre l'objectif du soin, qui correspond au retour en santé d'un individu et la finalité qui s'en suit, correspondant à la douleur qui peut être provoquée. Ceci explique la nécessité maintenant, d'étudier le concept de soin et une théorie de soin infirmier, en particulier celle de V.Henderson, qui correspond à la philosophie des Hôpitaux de Toulouse. ( Annexe III )**

## III - Le concept de soin et les soins infirmiers

### III – 1. Le concept de soin

Dans le dictionnaire LAROUSSE 2002, le terme « soin » est défini comme :

- 1 - « *une attention, une application à quelque chose : objet travaillé avec soin.*
- 2 - *avoir, prendre soin, être attentif à quelqu'un, à quelque chose, veiller sur.*
- 3 - *au pluriel, les soins sont des moyens par lesquels on s'efforce de rendre en santé un malade ( synonyme de traiter ). »*

Pour B.Honoré, psychiatre et philosophe, le soin revêt plusieurs significations<sup>27</sup> :

- Le soin comme **acte** « *considéré comme un fait objectif caractérisant l'activité soignante de quelque manière que ce soit. A l'égard des personnes, ce sont les soins médicaux ou infirmiers mais aussi les soins de beauté, soins de toilette, soins éducatifs... L'acte de soin désigne donc l'agir soignant. »*
- Le soin comme **action** « *l'action de soin désigne ce qui est voulu mais aussi les conditions dans lesquelles le soin est réalisé. »*
- Le soin comme **avoir soin** qui « *signifie aussi une préoccupation, un souci, une manière d'être ou encore une manière d'agir. » « Avoir soin est veillé à conserver... le bien être de quelqu'un, l'efficacité d'une action. »*
- Le soin comme **prendre soin** est une attitude, un comportement, « *une manière d'agir à l'égard d'une chose ou d'une personne que l'on prend en soin. »*

W.Hesbeen, infirmier et docteur en Santé publique de l'université de Louvain ( UCL Belgique ) définit le **prendre soin** de l'Autre comme « *une attention particulière que l'on va*

---

<sup>27</sup> HONORE B. Quelle présence au monde dans le soin porté aux choses et aux autres ?

*Perspective soignante*, Septembre 2000, n°8, pp. 105-132.

*porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien être, de promouvoir sa santé. »<sup>28</sup>*

Pour résumer, le concept de soin serait à la fois une action, un geste technique ou non et une attitude de bienveillance envers une personne pour répondre à son besoin de bien être et pour favoriser sa santé. Cette explication nous amène à penser que la personne soignée ne devrait pas avoir de douleur. Les soins infirmiers devraient donc contribuer à tout mettre en œuvre pour éviter la douleur de l'Autre. Comment ces soins infirmiers peuvent-ils être envisagés ?

### **III – 2. Les soins infirmiers**

#### **III – 2.1. Une théorie de soins infirmiers**

Pour V.Henderson, les soins infirmiers consistent à : « *Aider l'individu malade ou en santé au maintien ou au recouvrement de la santé... par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui même s'il en avait la force, la volonté... et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à récupérer son indépendance le plus rapidement possible. »<sup>29</sup>*

Dans la même logique que le concept de soin, les soins infirmiers visent la promotion de la santé, où la santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé ( OMS ) comme « *un état de complet bien être physique, mental et social. »<sup>30</sup>*

Par ailleurs, selon cette infirmière les soins infirmiers reposent sur la satisfaction des « besoins fondamentaux » de l'Homme. Parmi ces derniers, nous retrouvons celui « **d'éviter les dangers** » qui correspond « *à la nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression d'origine interne, externe pour maintenir sa santé. »<sup>31</sup>* Or, la douleur peut être causée par une agression d'origine interne ou externe qui peut toucher l'individu physiquement, psychologiquement, socialement et donc empêcher l'état de bien être auquel

---

<sup>28</sup> HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* 4 ème édition. Paris : Masson, 2000.195p.

<sup>29</sup> AMAR B., GUEGUEN J-P. *Soins infirmiers I : Concepts et théories, Démarche de soins.* 2 ème édition. Paris : Masson, 2003.249p.

<sup>30</sup> POTIER M. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers.* Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. 363p.

<sup>31</sup> AMAR B., GUEGUEN J-P. opus cité pp 41-46.

tout Homme aspire. Ainsi, être en santé c'est éviter les dangers et aussi éviter les douleurs inutiles telle la douleur provoquée.

Cette notion d'éviter la douleur se retrouve aussi dans les écrits du psychologue A.Maslow. Celui-ci a hiérarchisé les besoins de l'Homme sur une pyramide à quatre niveaux où la satisfaction des besoins des niveaux les plus bas est nécessaire pour passer aux besoins de niveaux supérieurs.<sup>32</sup> Or, le besoin d'éviter la douleur se situe parmi les besoins physiologiques de premier niveau, à la base de la pyramide. C'est pourquoi, la douleur doit être prévenue ou soulagée pour que l'Homme puisse accéder ultérieurement à son épanouissement et à une bonne santé.<sup>33</sup> ( Annexe V )

Les soins infirmiers doivent donc contribuer à lutter contre la douleur et non à en induire de façon à amener l'Homme à une bonne santé. Quelles dimensions des soins infirmiers est-il indispensable de développer pour lutter contre la douleur provoquée ?

---

<sup>32</sup> BIOY A. MAQUET A. *Se former à la relation d'aide. Concepts, méthodes, applications.*

Paris : Dunod, 2003. pp 21-24

<sup>33</sup> AMAR B., GUEGUEN J-P. opus cité pp 41-46.

### III – 2.2. Les dimensions des soins infirmiers <sup>34</sup>

**Tableau 1 : Les dimensions des soins infirmiers**

Dimensions des soins infirmiers	Objectifs
Technique Savoir Savoir-faire	<b>L'infirmier donne des traitements et utilise certaines techniques pour les administrer. C'est le cas, par exemple, lors de la mise en place d'un traitement antalgique.</b>
Relationnelle Savoir être	L'infirmier soutient et accompagne psychologiquement les patients tout au long de leur hospitalisation. Ainsi, par exemple, il favorise la mise en place de stratégies d'adaptation face à des situations stressantes tels qu'un soin douloureux.
Educative Savoir Savoir-faire	L'infirmier aide la personne à développer de nouvelles compétences et à s'adapter à leur nouvel état de santé. Il peut, par exemple, lui apprendre des positions prévenant la douleur lors de mobilisations.

Ainsi les trois dimensions : technique, relationnelle et éducative sont indissociables et indispensables en matière de douleur provoquée. Pour reprendre les termes de Ph.Svandra, cadre supérieur infirmier « *le soin représente une activité humaine qui participe au lien social et ne peut nullement se limiter au seul acte thérapeutique.* »<sup>35</sup> Au-delà de ces dimensions, dans quelle classe de soins infirmiers pouvons nous positionner la douleur provoquée ?

---

<sup>34</sup> Opus cité pp 101-111

<sup>35</sup> ESPACE ETHIQUE AP-HP. Nature et formes du soin [ en ligne ]. [ visité le 18.03.05 ]

Disponible sur Internet : < <http://www.espace-ethique.org> >

### III – 2.3. Une classification des soins infirmiers<sup>36</sup>

**Tableau 2 : Classification des soins infirmiers**

Classifications des soins infirmiers	Objectifs
Préventif	Eviter l'apparition d'une maladie dans une population, réduire la durée de son évolution et les séquelles pouvant apparaître. Les soins infirmiers peuvent donc viser par exemple, à prévenir une douleur cutanée lors d'un geste invasif avec une anesthésie de surface.
Curatif	Dépister, diagnostiquer et traiter la maladie pour que la personne retrouve une bonne santé. Les soins infirmiers peuvent donc viser par exemple, à diminuer la douleur au cours d'un pansement par une injection d'antalgique.
Palliatif	Soulager la douleur et la souffrance, atténuer les symptômes de la maladie pour améliorer le confort des patients en fin de vie. Les soins infirmiers peuvent viser par exemple, à supprimer des actes diagnostiques inutiles dans le contexte de fin de vie.

Au final, les trois domaines des soins infirmiers ( préventif, curatif et palliatif ) peuvent être abordés dans le cadre de la douleur provoquée. Ils s'entrecroisent avec les dimensions des soins infirmiers ( technique, relationnelle, éducative ) amenant à conclure qu'en matière de douleur provoquée le patient doit être considéré dans sa globalité.

Toutes ces caractéristiques rejoignent le concept de soin de W.Hesbeen où « *le soin infirmier est l'attention particulière portée par un infirmier... à une personne... en vue de leur venir en aide... en utilisant pour concrétiser cette aide, les compétences et les qualités qui en font des professionnels infirmiers. Le soin infirmier s'inscrit dans une démarche*

<sup>36</sup>AMAR B., GUEGUEN J-P. opus cité pp 91-95

*interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmiers... font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes* ». Cette démarche interpersonnelle se retrouve dans la relation soignant-soigné car pour cet auteur « *le soin procède donc de la rencontre et du cheminement entre une personne soignante, ... qui a pour intention d'être aidante et une personne soignée qui nécessite d'être aidée.* »<sup>37</sup>

A quoi correspond cette relation soignant-soigné et comment l'envisager dans le cadre de la douleur provoquée ?

### **III – 3. La relation soignant-soigné**

#### III – 3.1. Les quatre niveaux de la relation soignant-soigné

Selon A.Massebeuf il existe quatre niveaux de la relation soignant- soigné <sup>38</sup>:

- **Une relation de civilité** qui permet la sociabilité de façon informelle.
- **Une relation fonctionnelle** où la connaissance de l'Autre est au centre des interactions entre les deux protagonistes.
- **Une relation de compréhension, soutien, de réassurance** où les principes de Carl Rogers s'imposent par l'écoute active, l'empathie, le respect chaleureux et la congruence, concepts souvent évoqués dans la relation d'aide.
- **Une relation d'aide thérapeutique** qui favorise le questionnement de la personne pour mobiliser ses ressources personnelles.<sup>39</sup>

La relation soignant-soigné ou relation de soin est effective en passant par ces quatre niveaux indissociables dans la réalité. Elle s'établit pendant toute la durée de l'hospitalisation de la personne et tout particulièrement à l'occasion des soins douloureux. Cette relation a pour objectif d'obtenir la confiance, la réassurance du soigné, et de « *faire percevoir pour celui qui souffre, qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne.* »<sup>40</sup> Pour cela, elle nécessite donc au soignant de développer une attitude soignante.

---

<sup>37</sup> HESBEEN W. opus cité pp 41-70.

<sup>38</sup> Cours : La communication. 1<sup>ère</sup> année ( 2002-2003 )

<sup>39</sup> MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. *La relation soignant - soigné*. 2<sup>ème</sup> édition. Rueil – Malmaison : Lamarre, 2001. 173p.

<sup>40</sup> ESPACE ETHIQUE AP-HP. Opus cité 7p.



### III – 3.2. Une attitude soignante

Comme nous l'avons vu précédemment, les concepts d'écoute, d'empathie, de respect chaleureux et de congruence font partie intégrante de la relation de soin qui va permettre de comprendre les attentes des personnes soignées. Ainsi, ces concepts constituent une attitude soignante.

➤ **L'écoute** : c'est une ouverture complète à la communication verbale et non verbale où le soignant peut comprendre les sentiments du soigné et le contexte dans lesquels ils sont vécus, pour l'accompagner efficacement.<sup>41</sup> Par rapport à la douleur provoquée, il sera bon, par exemple, d'écouter le patient pour connaître son vécu concernant un geste douloureux spécifique afin d'adapter les explications et l'attitude à adopter.

➤ **L'empathie** : c'est la faculté du soignant à comprendre entièrement la personne qu'il soigne, en partageant ses émotions tout en restant conscient de sa propre individualité. Cette attitude favorise la mobilisation des ressources personnelles du patient pour rétablir un environnement confortable et sécuritaire.<sup>42</sup> En matière de douleur provoquée, il sera bon par exemple, d'expliquer que l'on comprend le désarroi du patient, mais que nous allons mettre en œuvre tous les moyens pour que cela se passe bien.

➤ **Le respect chaleureux** : c'est respecter le soigné, « *c'est l'accepter chaleureusement, dans sa réalité présente d'être unique, c'est lui démontré une considération réelle pour ce qu'il est avec ses expériences, ses sentiments et son potentiel.* »<sup>43</sup> Face à la douleur provoquée, par exemple, nous tiendrons compte de l'installation confortable du patient avant tout geste douloureux.

➤ **La congruence** : c'est une attitude d'authenticité où le soignant est honnête envers le soigné et lui-même. « *Sa parole suit sa pensée et précède son geste manifestement en accord sincère.* »<sup>44</sup> Face au phénomène de douleur provoquée, par exemple, nous ne cacherons pas au patient l'éventualité d'une douleur.

---

<sup>41</sup> LAZURE H. *Vivre la relation d'aide*. Montréal : Decarié, 1987. 191p.

<sup>42</sup> Opus cité. pp 143-148.

<sup>43</sup> Opus cité. pp 47-48

<sup>44</sup> LAZURE H. opus cité. 191p.

Ainsi menés, les soins infirmiers prennent une dimension holistique centrée sur la personne soignée et ses besoins. En matière de douleur provoquée *«lorsqu'il s'agit pour un soignant, de provoquer la douleur de l'Autre, il est situé dans cette ambivalence d'avoir parfois à faire le mal, pour obtenir le bien.»* Mais, il peut malgré tout arriver à cette dimension holistique du soin infirmier car *«les moyens, eux sont choisis par celui qui agit : le soignant, en l'occurrence.»*<sup>45</sup> Voyons maintenant les moyens dont dispose l'infirmier pour lutter contre cette douleur provoquée.

---

<sup>45</sup>Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. Opus cité pp 44-45

## **IV - L'infirmier face à la douleur provoquée iatrogène**

### **IV – 1. La formation des infirmiers sur la douleur provoquée iatrogène**

#### **IV – 1.1. Formation initiale en Soins Infirmiers**

La douleur n'a pas fait l'objet du programme des études en Soins infirmiers pendant de nombreuses années. Elle était évoquée au cours des études mais peu explicitée. Depuis quelques années, une évolution est apparue : la physiopathologie de la douleur, son mécanisme d'apparition et son évaluation sont intégrés dans les enseignements des différents modules ( pneumologie, cardiologie... ). La douleur provoquée par les soins est évoquée succinctement au cours de ces différents modules. Pour ma part, le nombre d'heures reste encore restreint.

#### **IV – 1.2. Formation continue**

Les infirmiers en service peuvent accéder à une formation continue spécialisée portant sur la douleur ( diplôme universitaire douleur, formation spécifique sur la douleur proposée par les établissements de santé ou par le Comité de Lutte Contre la Douleur de l'établissement s'il en existe un ). Suite à ces formations professionnelles, des infirmiers référents peuvent être nommés et participer eux aussi à la formation continue de leurs collègues sur le terrain. La douleur provoquée est évoquée au cours de ces formations.<sup>46</sup>

Outre la formation que peuvent recevoir les infirmiers, quelles peuvent être leurs représentations de la douleur provoquée ?

### **IV – 2. Les représentations des soignants sur la douleur provoquée**

Les représentations correspondent à la « *perception, l'image mentale... dont le contenu se rapporte à un objet, une situation, à une scène... du monde dans lequel vit le sujet* ». ( **Dictionnaire Larousse 2005** )

---

<sup>46</sup> Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 opus cité pp3-21.

Pour les auteurs D.Jodelet et J-C.Abric, nos conduites seraient dirigées par nos représentations. En effet, « *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>47</sup>

Ainsi, les pratiques soignantes sont influencées par les représentations de diverses situations auquel le soignant est confronté. C'est pourquoi, il est difficile aux soignants d'appréhender la douleur des autres puisqu'ils sont eux même confrontés à leurs propres représentations de la douleur.

A ce jour, il n'existe pas encore d'études préétablies sur les représentations des infirmiers en ce qui concerne la douleur provoquée. Toutefois, une enquête multicentrique sur l'évaluation de la douleur des gestes invasifs en oncologie adulte a démontré une différence de perception du problème entre les soignants et les patients. En effet, « *subir des gestes invasifs répétitifs* » est perçu comme « *extrêmement, très ou assez gênant* » pour 32 % des patients contre 87 % des infirmiers. De plus cette gêne a été déclarée par les patients pour la majorité à des infirmiers (47 % pour les infirmiers contre 23 % pour les médecins). Nous notons donc « *une nette conscience de cette douleur par l'équipe soignante et de façon plus marquée par le personnel infirmier.* » Cependant, dans 40 % des cas, ces douleurs provoquées ne sont évoquées à personne. Ceci implique que le taux de perception de la douleur des patients par les infirmiers serait peut être minoré. Par conséquent, la conscience de l'ampleur de la gêne ressentie lors des soins est plus ou moins limitée pour l'infirmier, « *même s'il reste l'interlocuteur privilégié quand la douleur est exprimée.* »<sup>48</sup> ( Annexe III ) Le CLUD des Hôpitaux de Toulouse a mené en décembre 2004, une enquête concernant la douleur provoquée dont les résultats n'ont pas encore été communiqués. Ils me permettraient certainement de mieux comprendre les représentations des soignants dans ce domaine. Il me sera intéressant d'en prendre connaissance ultérieurement dans le cadre de ce travail.

---

<sup>47</sup> MANNONI P. *Les représentations sociales*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Presses universitaires de France. 2003. 127p.

<sup>48</sup> KHHAYAT D., KRAKOWSKI I. , SCHRAUB S. et al. Opus cité pp 12-16

## IV – 3. Les moyens de lutte contre la douleur provoquée par les soins.

### IV – 3.1. Les moyens non médicamenteux

#### ❖ **La relation au patient dans les gestes de soins : mobilisation de l'effet placebo**

Le soin se conçoit avant tout dans une attitude soignante qui se retrouve dans la relation de soin. La relation interpersonnelle qui s'établit permet de créer un sentiment de confiance entre la personne soignée, qui se sent vulnérable par son état de santé, et le soignant qui tentera de l'aider. Face à des situations stressantes ou d'agression comme au cours d'une douleur occasionnée par un soin, cette relation favorise la mise en place d'un effet placebo contribuant à développer des stratégies d'adaptation positives chez la personne stressée.

Le médecin P.Queneau conçoit l'effet placebo comme un « effet relationnel. »<sup>49</sup> qui correspond à la confiance donnée par le malade « *au médecin ou à l'infirmière qui va le rassurer, soulager sa douleur et améliorer son état de santé.* »<sup>50</sup> Ainsi, « *l'effet placebo se définit comme tout changement dans la maladie du patient que l'on peut attribuer à l'aspect relationnel et symbolique du soin en dehors de toute action pharmacologique ou physiologique. Le degré de suggestion du soignant dans un entretien peut donc avoir un effet placebo.* »<sup>51</sup>

Des études menées par Evans en 1974, ont démontré que l'effet placebo augmentait de 50 % les effets des antalgiques utilisés, d'où l'importance de favoriser cet effet relationnel.<sup>52</sup>

Ainsi, la relation de soin indispensable pour mobiliser l'effet placebo, est primordiale dans la prévention des douleurs induites par des gestes de soin.

#### ❖ **L'organisation des soins autour du patient :**

---

<sup>49</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. opus cité p14. pp 177-189

<sup>50</sup> Opus cité p14. pp 177-189

<sup>51</sup> BIOY A., FOUQUES D. opus cité pp 40-55

<sup>52</sup> Placebo et effet placebo, cours supérieur. 4 ème congrès de la SETD. 2003. Paris – La Villette. Paris : SETD – IASP. 2003

➤ **L'accueil** personnalisé du patient et la disponibilité du personnel vont influencer de façon positive la composante émotionnelle de la douleur au cours de l'hospitalisation et tout particulièrement lors de la réalisation de gestes douloureux.<sup>53</sup>

➤ **L'information** du soin, de son déroulement, de son but et de sa durée mais aussi celle de l'hospitalisation en elle-même permet de diminuer le stress du patient et de diminuer sa peur de la douleur. En effet, en 1958, le chercheur Janis, a démontré que l'information du patient permettait à ce dernier de se protéger de la douleur grâce à un travail de souci. « *Ce travail de souci est une activité cérébrale stimulée par la peur, qui, en étant adéquate, aide le patient à transformer sa peur en maîtrise de l'agression.* »<sup>54</sup>

➤ **L'adaptation de l'environnement** où l'aménagement des espaces et des meubles participent largement à l'amélioration de la prévention de la douleur provoquée.<sup>55</sup>

➤ **L'évaluation de la douleur** systématique avant, pendant et après le soin grâce à des outils, permet de quantifier l'intensité de la douleur et d'apporter des solutions thérapeutiques.<sup>56</sup> Parmi ces outils nous retrouvons les échelles unidimensionnelles :

- Permettant l'auto évaluation : **EVA** : Echelle Visuelle Analogique, **EVS** : Echelle Verbale Simple, **EN** : Echelle Numérique, **ISA** : Instrument Sensoriel Analogique-SENSCALE (échelle tactile de la douleur pour les patients non-voyants).<sup>57</sup>
- Permettant l'hétéro évaluation : **EC** : Echelle Comportementale, **DOLOPLUS**.

***L'évaluation de la douleur permet également l'évaluation de l'efficacité des moyens mis en œuvre pour prévenir ou soulager la douleur au cours des soins.***

---

<sup>53</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. Opus cité pp 36-38

<sup>54</sup> ROY A. Réflexions sur les peurs liées à l'hospitalisation. *Perspective soignante*, Décembre 2003, n° 18, pp. 50-62.

<sup>55</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. Opus cité pp 36-38

<sup>56</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. opus cité pp 43-58

<sup>57</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. Opus cité pp 54-55

➤ **La transmission des informations** concernant le patient à l'ensemble de l'équipe soignante permet une meilleure continuité et coordination des soins.<sup>58</sup>

➤ **La planification des soins** favorisant le regroupement des soins permet de mettre en place de façon plus systématique et plus simple des moyens de prévention contre la douleur provoquée. La planification des soins permet également une meilleure coordination entre les différents personnels de l'équipe soignante.

#### ❖ **Des techniques psycho-corporelles**

Ces techniques utilisent les suggestions verbales et permettent de diminuer la perception de l'expérience douloureuse.

#### ➤ **La relaxation**

Elle a pour objectif l'atteinte d'un état physiologique et psychologique de détente et de bien être. Cette relaxation peut être induite par la respiration contrôlée que pourra suggérer le soignant au patient. La sophrologie, par une activation physique, mentale et la valorisation de la corporalité permet elle aussi d'obtenir cette relaxation, et amène la personne à mobiliser ses propres stratégies d'adaptation face à une anxiété situationnelle. Cette technique demande cependant, un apprentissage.<sup>59</sup>

#### ➤ **L'hypnose**

Ce n'est ni un état de veille ni un état de sommeil. C'est un état de transe qui provoque « *des changements neuro-physiologiques, émotionnels, cognitifs et qui peut dans certains cas agir sur la perception de la douleur et son vécu émotionnel.* » Chez l'adulte, l'hypnose peut élever le seuil douloureux par des suggestions d'analgésie.<sup>60</sup> Cette technique est très efficace

---

<sup>58</sup> Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. Opus cité pp 36-38

<sup>59</sup> Cours techniques douces : 1<sup>ère</sup> année ( 2002-2003 )

<sup>60</sup> CELESTIN-LHOPITEAU I. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant. [ en ligne ] [ visité le 09.04.05 ] Disponible sur Internet : <

<http://www.cnrdr.fr> >

sur les douleurs aiguës<sup>61</sup> donc douleur provoquée iatrogène mais demande cependant, aussi un apprentissage.

➤ **La distraction**

« *Il s'agit de méthodes simples... utilisables au quotidien par les équipes soignantes* » et ne demandant pas de formation. Elle permet de « *faire abstraction d'une partie du corps.* »

« **Pendant la distraction, on est totalement ailleurs, dissocié du corps. » Cette distraction sera en fonction du canal sensoriel préférentiel (visuel, auditif...) de la personne. La musicothérapie et l'art thérapie usent de ce mécanisme et sont eux aussi efficaces sur la douleur.**<sup>62</sup>

❖ **Des techniques de physiothérapie**

➤ **Les massages**

Il existe de nombreuses méthodes de massage ( toucher, effleurage cutané, massage actif... ) qui permettent une communication non verbale entre le soignant et le soigné. Témoin de cette attention portée au corps sujet, le massage peut soulager et prévenir la douleur provoquée iatrogène.<sup>63</sup> Outre cet aspect relationnel, l'efficacité des massages trouve l'explication dans la stimulation des fibres nerveuses du tact et de la proprioception qui empêche la montée de messages nociceptifs par le mécanisme du « Gate Control ». Ces massages devraient ainsi être pratiqués systématiquement avant tout acte douloureux.

➤ **La thermothérapie et la cryothérapie**

L'utilisation du chaud ou du froid est préconisée pour favoriser une hypoalgésie. Leur application provoque des effets physiologiques sur la température cutanée et la circulation sanguine locale avec des phénomènes de vasoconstriction ou vasodilatation. Ces techniques sont simples à mettre en œuvre et efficaces sur la douleur.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> BIOY A. L'hypnose à l'hôpital. Revue de l'infirmière, Avril 2005, n° 110, pp. 26-27

<sup>62</sup> CELESTIN-LHOPITEAU I. opus cité 15p.

<sup>63</sup> QUENEAU P., OSTERMANN G. opus cité p.14 pp 11-27

<sup>64</sup> DEYMIER V., WROBEL J., et al. opus cité 86-91



## IV – 3. 2. Les moyens médicamenteux

Dans le cadre de la prévention de la douleur provoquée, l'infirmier peut utiliser des antalgiques sur prescription ou dans le cadre de l'application d'un protocole d'analgésie préétabli, daté et signé. A quels types de médicaments peut-il avoir recours ?

### ➤ Les antalgiques des trois paliers de l'OMS

L'OMS a classé les antalgiques selon 3 paliers ou niveaux :<sup>65</sup>

**Tableau 3 : Les antalgiques des trois paliers de l'OMS**

Palier de l'OMS	Intensité des douleurs	Antalgiques utilisés
<b>Palier 1</b>	Douleurs modérées	Analgésiques non opioïdes type aspirine, paracétamol.
<b>Palier 2</b>	Douleurs moyennes	<i>Analgésiques opioïdes faibles type codéine, association d'analgésiques non opioïdes et d'analgésiques opioïdes faibles type dextropropoxyphène et paracétamol.</i>
<b>Palier 3</b>	Douleurs sévères	Opioïdes forts type morphine.

Les niveaux 1-2-3 de l'OMS ne sont pas obligatoirement utilisés dans l'ordre. Leur choix sera en fonction de l'intensité de la douleur présente ou prévue lors d'un soin et devra tenir compte des traitements antalgiques déjà en cours.

### ➤ Les anesthésiques locaux

« *Les anesthésiques locaux sont des médicaments capables d'abolir de façon temporaire et réversible le fonctionnement de terminaisons nerveuses au contact desquelles ils sont amenés. Ils sont destinés à supprimer toute sensation douloureuse sans perte de conscience, après application locale, infiltration loco-régionale ou injection à proximité des*

---

<sup>65</sup> TALBERT M., WILLOQUET G. Guide Pharmaco. 5<sup>ème</sup> édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003. 1231p.

structures conductrices. » <sup>66</sup> Ils ont une indication de choix dans la lutte contre la douleur provoquée.

τ **Les anesthésiques locaux de surface : peau ou muqueuse** <sup>67</sup>

Il existe plusieurs anesthésiques locaux utilisables dans la douleur provoquée. En voici quelques exemples dans le tableau suivant.

**Tableau 4 : Les anesthésiques locaux de surface**

Anesthésiques locaux	Exemples d'utilisation
<b>La XYLOCAINE</b> nébuliseur 5 %	Anesthésie de la peau, des muqueuses en ORL ou pneumologie, avant des chirurgies ou des examens endoscopiques.
<b>XYLOCAINE</b> gel urétral 2 %	Anesthésie lors d'examens diagnostiques, thérapeutiques au niveau de l'urètre ou pose de sonde urinaire.
<b>Emla</b> crème ou patch 5 %	Anesthésie de la peau saine pour des soins non urgents (ponctions veineuses, chirurgie cutanée superficielle...) car elle n'est efficace qu'après 45 minutes de pose minimum.

τ **Les anesthésiques locaux injectables** <sup>68</sup>

La xylocaïne avec ou sans adrénaline au cours d'anesthésies locales d'infiltration ou au cours d'anesthésies loco-régionales permettent-elles aussi de lutter efficacement contre la douleur provoquée. Ces techniques n'appartiennent cependant pas au champ de compétences infirmiers.

➤ Les médicaments de la sédation consciente/analgésie

τ **Le MEOPA ( Mélange gazeux Equimolaire Oxygène, Protoxyde d'Azote)**

<sup>66</sup> TALBERT M., WILLOQUET G. opus cité pp 177-217

<sup>67</sup> Opus cité pp 177-217

<sup>68</sup> Opus cité pp 117-217

**Ce gaz composé de 50 % de protoxyde d'azote et de 50 % d'oxygène est utilisé pour la réalisation d'actes douloureux superficiels du fait de ses propriétés analgésiantes de surface, sédatives, amnésiantes. Son inhalation active la libération d'endorphines qui se fixent sur des récepteurs opiacés. En outre, il aurait une propriété anti-NMDA et donc favoriserait la prévention du phénomène de la mémorisation. Le MEOPA, est intéressant dans le cadre des douleurs provoquées car il permet une analgésie cutanée en 3 minutes, ce qui veut dire une analgésie rapide. De plus, ses effets disparaissent dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'inhalation ce qui n'impose aucune contrainte ni pour le patient, ni pour le soignant, après son utilisation.<sup>69</sup>**

τ D'autres médicaments de la sédation consciente

**Le Midazolam ( Hypnovel ® ) de la famille des benzodiazépines, et l'Hydroxyzine ( Atarax ® ) de la famille des pipérazines sont des médicaments utilisés pour favoriser la sédation consciente c'est-à-dire un état dans lequel le patient est conscient, avec une fonction cardio-respiratoire intacte mais capable de tolérer plus facilement des gestes désagréables.<sup>70</sup>**

Tous ces médicaments prescrits ou utilisés dans le cadre d'un protocole préétabli, daté et signé, sont à associer aux moyens non médicamenteux de façon à mieux prévenir la douleur provoquée iatrogène.

---

<sup>69</sup> Cours sur la douleur 2<sup>ème</sup> année ( 2003-2004 )

<sup>70</sup> TALBERT M., WILLOQUET G. opus cité pp 999-1019

# Problématique

Les divers concepts et notions abordés dans ce pôle théorique donnent un état des lieux de la place qu'occupe la douleur provoquée iatrogène.

Tout d'abord, soulignons que la douleur est une expérience désagréable, tant sur le plan physique que psychologique. Elle est pluridimensionnelle, subjective et individuelle. En effet, la douleur aura une signification dépendante de l'histoire, des représentations sociales et de toutes les interactions socioculturelles de chaque individu. Etant très complexe, ses mécanismes physiopathologiques ne sont pas tous élucidés. Toutefois, des phénomènes de mémorisation de la douleur laissent penser que toute douleur aiguë, répétitive, intense et prolongée dans le temps pourrait aboutir à un processus de chronicisation. Les douleurs chroniques actuellement rencontrées pourraient bien en être issues. Ainsi, la douleur provoquée iatrogène apparaît comme un des précurseurs du développement de ces douleurs chroniques, syndrome voire maladie à part entière.

De plus, la douleur iatrogène est provoquée par les soignants, notamment les infirmiers, au cours de certains soins. Donc, il existerait des « soins douloureux ». Or, cette expression oxymorique est contraire au concept de soin et à différentes théories de soins infirmiers, car le soin constitue à la fois un acte donc un geste technique ou non et une attitude du prendre soin de l'Autre. Cela signifie qu'un soin ne devrait pas être douloureux. Pourtant, plusieurs enquêtes ont démontré l'existence de ces douleurs induites par des gestes de soin.

Or, face à l'évolution de la société et des règles professionnelles des infirmiers, notre rôle de soignant a pour devoir de tendre vers la philosophie « d'un hôpital sans douleur ». Les infirmiers disposent donc de plusieurs moyens de lutte tant médicamenteux que non médicamenteux. Leur association semble indispensable et très efficace. Parmi ces moyens, la relation de soin jouerait un rôle prépondérant dans la prise en compte des douleurs induites par les soins, justement au travers de l'écoute, de la compréhension, de l'empathie, du respect de l'utilisateur de santé et surtout la mise en place de l'effet placebo. La relation de soin serait alors un facteur déterminant contribuant à la prise en compte, la prévention et l'organisation de la prise en charge de la douleur provoquée iatrogène.

Toutefois, au cours d'une enquête en 2003 sur la prise en charge de la douleur en France, le Comité des Etats Généraux de la Douleur a déterminé les améliorations attendues par les patients dont :

- « l'information pour 32 % des patients
- la prise en charge psychologique pour 18 % des patients »<sup>71</sup>

Par ailleurs, une autre enquête sur l'évaluation des gestes invasifs répétitifs en cancérologie adulte a démontré que dans 40 % des cas les douleurs provoquées ne sont évoquées à personne.<sup>72</sup> Ces deux enquêtes témoignent peut être d'un manque de relation de soin dans la prise en charge de la douleur provoquée par les soins.

J'ai donc abouti à la **question de recherche** suivante :

---

<sup>71</sup>COMITE D'ORGANISATION DES ETATS GENERAUX DE LA DOULEUR. Opus cité  
p17. pp 84-85

<sup>72</sup> KHAYAT D., KRKOWSKI I. , SCHRAUB S. et al. pp 12-15

**« La relation de soin est-elle considérée par les infirmiers comme un facteur déterminant dans la prise en compte de la douleur provoquée iatrogène, auprès d'adultes hospitalisés, dans des services d'hospitalisation générale ? »**

## **2<sup>ème</sup> PARTIE**

# **Démarche choisie pour le recueil des informations**

Pour répondre à ma question de recherche et mettre à l'épreuve mon hypothèse, il a été nécessaire d'élaborer un outil d'enquête adapté à mon questionnement et ciblé sur une population bien précise.

## **I - Choix de la population motivé par des critères d'inclusion**

<b>Indicateurs</b>	<b>Critères d'inclusion</b>
Soignants paramédicaux	<b>Infirmiers</b>
Type de soins réalisés par cette population	Soins de continuité de vie et soins à visée diagnostique et/ ou thérapeutique sur des patients adultes.
Type de service d'hospitalisation dans lequel la population travaille	Service d'hospitalisation générale, dans lequel les soins cités précédemment sont réalisés en grand nombre.

Ainsi, la population que j'ai retenue correspond au personnel infirmier travaillant dans des services d'hospitalisation générale tels que les services de pneumologie ( service où j'ai réalisé mon constat de départ ), de cardiologie et de médecine interne d'un établissement de santé de la région toulousaine.

## **II - Choix et réalisation de l'outil d'enquête**

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs car ils permettent de privilégier la parole du soignant, ses idées et surtout ses représentations tout en dirigeant les réponses grâce à des questions ouvertes et précises. Pour cela, j'ai élaboré un guide d'entretien reposant sur les indicateurs contenus dans ma question de recherche et le pôle théorique, tous en lien avec la douleur provoquée iatrogène et la relation de soin. ( Annexe VI )

### **III - La passation**

Pour rendre opérationnel cet instrument d'enquête, j'ai testé le guide d'entretien auprès de trois infirmiers volontaires, tout en respectant leur anonymat. Après les réajustements qui s'imposaient et suite à plusieurs entretiens avec la personne référente de mon travail de fin d'études, mon instrument d'enquête a été validé et envoyé à la direction de l'établissement de santé choisi pour mon étude. Après une attente d'un mois, j'ai reçu l'autorisation de l'utilisation de mon outil d'enquête pour les services concernés. J'ai alors contacté les cadres infirmiers des services de médecine interne, pneumologie et cardiologie pour recevoir leur accord et convenir de rendez-vous avec le personnel infirmier. J'ai pu ainsi réaliser 7 entretiens individuels enregistrés avec ces infirmiers, dans un environnement calme, tout en leur garantissant leur anonymat. ( Annexe VII )

### **IV - Les limites de l'outil d'enquête**

Ces entretiens semi-directifs sont favorables pour recueillir les idées des personnes interviewées, mais même en utilisant des questions ouvertes et en respectant scrupuleusement leur parole, il reste une part subjective de leur discours pouvant être induite par l'intervieweur. A cela s'ajoute le fait que le discours des infirmiers peut correspondre à une certaine « désirabilité sociale » ou une certaine sublimation des conceptions sur leur métier et de leurs pratiques.

Pour appuyer la validité de ces entretiens semi-directifs, il aurait été intéressant de confronter les résultats de ceux-ci à ceux d'une grille d'observation concernant les pratiques professionnelles des services choisis et d'en analyser les écarts possibles.

Il faut donc rester vigilant et ne pas généraliser les résultats qui vont suivre d'autant plus que le nombre d'entretiens se limite à un nombre très restreint. ( Limite maximale imposée au nombre de 7 entretiens ).



# Présentation et analyse des données recueillies

## I- Présentation des données recueillies

Tout d'abord, la répartition des 7 entretiens s'est déroulée comme telle :

τ 2 entretiens en médecine interne intitulés **E1M et E2M**

τ 3 entretiens en pneumologie intitulés **E3P, E4P et E5P**

τ 2 entretiens en cardiologie intitulés **E6C et E7C**

Les objectifs des questions de ces entretiens sont répertoriés dans le tableau suivant :

**Tableau 1 : Objectifs des questions de l'instrument d'enquête**

Thèmes et questions posées	Objectifs recherchés
1) Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce service ? En quelle année avez vous obtenu votre diplôme d'état ?	Identifier l'ancienneté dans la profession infirmière et l'expérience professionnelle dans le service
2) Que vous évoque la politique de lutte contre la douleur ?	Identifier la sensibilisation des infirmiers aux différentes évolutions politiques dans le domaine de la douleur.
3) Que signifie pour vous la douleur provoquée ?	Identifier les connaissances des infirmiers sur le sujet de la douleur provoquée iatrogène.
4) Quels sont pour vous les soins douloureux ? Quels sont d'après vous les facteurs qui influencent le vécu douloureux des patients, lors de ces soins ?	Identifier les connaissances et les représentations des infirmiers sur la douleur provoquée.
5) Que représente pour vous le soin, le soin infirmier ?	<b>Identifier les représentations sur le soin et le soin infirmier.</b>
6) Quels sont d'après vous les complications des douleurs provoquées ?	<b>Identifier des connaissances sur les répercussions de la douleur provoquée iatrogène.</b>
7) Quels sont les moyens de lutte contre la douleur que vous utilisez ? Qu'est-ce qui d'après vous permettrait de bien prendre en considération la douleur provoquée	Identifier les pratiques soignantes sur le terrain, la prévalence des moyens médicamenteux ou non médicamenteux utilisés et les manques perçus par les infirmiers.

iatrogène ?	
-------------	--

<b>Thèmes et questions posées ( suite )</b>	<b>Objectifs recherchés</b>
8) Quels termes pouvez-vous mettre sous l'expression « relation de soin » ? Et quel rôle jouerait –elle dans la prise en charge de la douleur provoquée ?	Identifier les représentations des infirmiers sur « la relation de soin » et l'importance qu'ils y attribuent dans la prise en charge de la douleur provoquée iatrogène.
9) Avez-vous suivi une formation sur la douleur provoquée iatrogène ?	Identifier les sources de connaissances des infirmiers sur la douleur provoquée iatrogène.

## **II - Explication de l'analyse des données recueillies**

**Dans un premier temps, j'ai réalisé une analyse qualitative en classant par thèmes les mots clés relevés dans les entretiens menés. J'ai obtenu un tableau où j'ai effectué une lecture horizontale, verticale puis croisée de ces données pour mettre en évidence les résultats et les liens significatifs. Ainsi, mon analyse traitera des thèmes suivants :**

### **► Caractéristiques des infirmiers interviewés**

- Sensibilisation des infirmiers à la politique de lutte contre la douleur actuelle
- Connaissances et représentations concernant la douleur provoquée iatrogène
- Représentations des soins infirmiers
- Moyens de lutte pour prendre en charge la douleur provoquée et place de la relation de soin.

Dans un second temps, j'ai réalisé une **analyse quantitative** au cours de laquelle j'ai comptabilisé les items qui revenaient de façon itérative au cours des discours.

### III - Analyse qualitative et quantitative des données recueillies

#### ► Caractéristiques des infirmières interviewées

La question 1 m'a amené à réaliser un tableau me permettant d'identifier certaines caractéristiques de la population cible et les variables s'y rapportant.

**Tableau 2 : Caractéristiques des infirmiers interviewés**

Catégories	Service	Ancienneté dans le service	Année d'obtention du DE <sup>73</sup>	Age	Formation récente sur la douleur	Variables identifiées	
E N T R E E T I E N S	E1M	Médecine interne	2 ans ½	1993	34 ans ½	Non	Le service de travail
	E2M	Médecine interne	1 mois	2005	24 ans	Non	L'expérience professionnelle des infirmiers
	E3P	Pneumologie	10 mois	2003	25 ans	Non	
	E4P	Pneumologie	2 ans ½	1999	28 ans	Oui	La période des études d'infirmières pour l'obtention du DE
	E5P	Pneumologie	6 mois	2003	26 ans	Non	
	E6C	Cardiologie	5 ans	1999	30 ans	Non	La formation récente reçue sur la douleur
	E7C	Cardiologie	1 mois	2002	24 ans	Non	

Je distingue 3 catégories d'infirmiers : 1 IDE<sup>74</sup> ayant obtenu son DE en 1993, 2 IDE ayant obtenu leur DE en 1999, 4 IDE ayant obtenu leur DE après 2002. Au total 6 IDE sur 7 ont donc obtenu leur DE suite à la mise en place de la politique de lutte contre la douleur débutée en 1998.

Il est important de souligner que 3 IDE sur 7 dont 1 par service sont de nouveaux embauchés.

De plus, 1 seul IDE sur 7 a suivi récemment une formation sur la douleur.

<sup>73</sup> Lire pour DE : Diplôme d'état d'infirmier

<sup>74</sup> Lire pour IDE : Infirmier(s) ou infirmière(s)

Les variables identifiées ( années travaillées dans le service, année d'obtention du DE et formation récente sur la douleur ) interviendront sûrement dans l'interprétation des résultats et expliqueront certaines données.

► **Sensibilisation des infirmiers à la politique de lutte contre la douleur actuelle**

La question 2 a pour objectif d'identifier les connaissances et l'avis des infirmiers concernant la politique de lutte contre la douleur et de recueillir leur positionnement professionnel par rapport à la douleur. Voici quelques citations concernant ce sujet :

**Tableau 3 : Citations des infirmiers concernant la politique de lutte contre la douleur**

Catégories	Citations concernant les connaissances sur la politique de lutte contre la douleur	Citations concernant le positionnement professionnel par rapport à la douleur	
E N T R E T I E N S	<b>E1M</b>	« ... C'est assez <b>prioritaire...</b> On en parle de plus en plus à l'hôpital. ... Je pense que <b>c'est mieux pris en compte.</b> »	« Je pense que nous aussi on n'hésite pas à dire qu'un patient a mal.... C'est <b>nous qui le signalons quand ils ont mal</b> »
	<b>E2M</b>	« <b>La plus grande question à l'heure actuelle</b> est la prise en charge de la douleur. » « ... bien sûr <b>au quotidien la douleur est présente.</b> »	« Selon le patient, selon le soin, ... on essaie <b>de pallier la douleur en essayant</b> justement... » « <b>Il faut tout faire pour...que, pour lutter.</b> »
	<b>E3P</b>	« <b>Sur l'hôpital elle se développe</b> de plus en plus. ... grâce au <b>CLUD...</b> et il y a de plus en plus de <b>formations...</b> » « Je pense ...que les gens sont un peu <b>plus ouverts par rapport... à la prise en charge de la douleur,</b> moins frileux... »	<b>Questionnement</b> par rapport <b>aux pratiques soignantes</b> actuelles : « ... prise en compte de la douleur provoquée chez <b>les enfants, et pourquoi pas un peu plus chez les adultes ?</b> ... »
	<b>E4P</b>	« Pas grand-chose... » « Dans la prise en charge de la douleur, <b>globalement on va tous dans le même sens mais... les moyens ne sont pas, forcément les mêmes.</b> »	
	<b>E5P</b>		« Ben, <b>tout faire pour éviter la douleur, ... du patient ...</b> »
	<b>E6C</b>	« Je pense ... <b>qu'elle n'est pas tout à fait prise en compte...</b> » « Il y a un <b>centre anti-douleur...</b> » « En cardio, il y a eu des <b>efforts...</b> »	« Il y a eu une <b>évolution positive</b> mais que parfois, il faut <b>solliciter énormément les médecins</b> pour qu'elle soit prise en compte. »

<b>E7C</b>	« On n'en parle pas tant que ça par rapport aux soins. »	« Après on n'a pas de protocoles... » « C'est un peu nous qui jugeons au cas par cas. »
------------	--	--

J'observe que **1 IDE sur 7 uniquement précise quelques points** de la politique de lutte contre la douleur ( CLUD, formations...). Cependant, **aucune des 7 IDE n'a cité un plan ou un objectif de la politique de lutte contre la douleur actuelle.**

Toutefois, **2 IDE sur 7 ( du même service ) mettent en avant la priorité de la prise en charge de la douleur.**

Pour **2 IDE sur 7 la douleur est «mieux prise en compte »** contre **2 autres** ( du même service ) qui avancent **qu'elle ne «l'est pas tout à fait.»** Il semble tout de même que l'ensemble des IDE **se positionne en acteur** dans cette démarche.

► **Connaissances et représentations concernant la douleur provoquée iatrogène**

**Les questions 3 et 4 me permettent d'évaluer les connaissances et de recueillir les représentations des infirmiers sur la douleur provoquée. J'obtiens le tableau de citations suivant :**

Tableau 4: Citations des infirmiers concernant leurs connaissances et leurs représentations des soins infirmiers

Citations concernant	Douleur aiguë	Douleur provoquée par les soins	Douleur provoquée par les traitements	Douleur provoquée par les soignants
<b>E N T R E  T I E N S</b>	<b>E1M</b>	« C'est une agression »	Rsp <sup>75</sup> :«... Soins <b>techniques</b> et ...pour faire la <b>toilette</b> <b>Tous les soins</b> peuvent être douloureux. »	Rsp : « Les perfusions avec les extravasations ça peut faire mal. »
	<b>E2M</b>		<b>Soins douloureux :</b> <b>Rsp:«...Gestes techniques...»</b> Après relance : « Et des gestes non techniques : soins douloureux par les paroles, par le verbal. »	Rsp : « C'est qu'on l'induit, c'est nous qui induisons, c'est le soignant. »

<sup>75</sup> Lire pour Rsp : réponse spontanée.

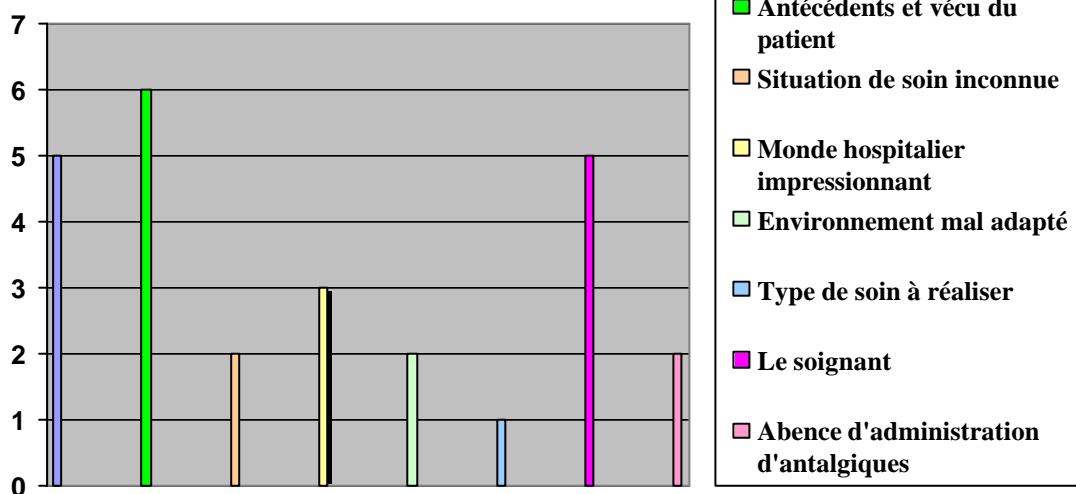
	<b>E3P</b>	« Douleur aiguë... »	« Occasionné à la suite <b>d'un acte invasif,... ça peut être aussi les toilettes.</b> »		
<b>Citations concernant ( suite )</b>		<b>Douleur aiguë</b>	<b>Douleur provoquée par les soins</b>	<b>Douleur provoquée par les traitements</b>	<b>Douleur provoquée par les soignants</b>
<b>E N T R E T I E N S</b>	<b>E4P</b>	« <b>Je ne sais pas, je n'en ai jamais entendu parler...</b> »	Rsp : « Je pense à une expérience au niveau des soins. Mais la logique voudrait que l'on ne provoque pas de douleur. »  « ...Soins douloureux se ne sont que des soins invasifs... »		
	<b>E5P</b>		Rsp : « Tous les types de gestes invasifs. »		
	<b>E6C</b>	« Ce qui est agressif, tout ce qui est agressif. »	« Tout soin est agressif. » Rsp : « ... Soins techniques, invasifs... » Relance : « soins de nursing plus ou moins... » mais reste sur sa position : « soin de confort, soin de bien être. »		
	<b>E7C</b>		Rsp : « c'est beaucoup d'actes invasifs, d'actes désagréables pour le patient... »  Rsp : « Tous les autres soins, relationnels et d'éducation, c'est des soins plutôt bénéfiques. »  Après relance : « <b>les soins de nursing..., soins pour le confort, ... ça peut des fois être douloureux mais...</b> » ( reste sur ses positions )		

Je constate donc que **2 IDE sur 7** parlent spontanément de douleurs provoquées dans le contexte des **soins techniques et des soins de nursing** contre **5 IDE sur 7** qui situent la douleur provoquée uniquement dans **les soins invasifs**. ( Ils restent sur leur position après plusieurs relances concernant les soins de nursing.)

De plus, **1 seul IDE sur 7** affirme que les douleurs peuvent être provoquées par **les traitements** et **2 uniquement IDE sur 7** pensent que les douleurs peuvent être provoquées **par les soignants** mêmes.

Les questions 4 et 6 me permettent d'identifier les connaissances des infirmiers sur les facteurs influençant le vécu douloureux des soins et les complications de ces douleurs provoquées par les soins. L'histogramme suivant donne la répartition de ces facteurs d'influence :

Nombre d'IDE ayant cité ces facteurs



**Figure 1 : Facteurs influençant le vécu douloureux des soins cités par les infirmiers**

J'observe que **5 à 6 IDE sur 7** ont cité comme facteurs d'influence des facteurs dépendant du patient tel que **l'anxiété, les antécédents personnels et le vécu**.

**5 IDE sur 7** ont cité des **facteurs dépendant du soignant** tel que sa relation avec la personne soignée, le comportement et la dextérité. **2 de ces IDE** utilisent aussi le terme « **attitude** ».

Seules **3 IDE sur 7** pensent que **l'environnement hospitalier** influence le vécu douloureux du patient. De plus, **1 IDE sur 7** évoque que le **type de soin** à réaliser favorise l'apparition de douleur. Ces résultats mettent ainsi en avant le ressenti des infirmiers selon lesquels, les **facteurs inhérents à l'être humain** dominent les **facteurs relatifs aux domaines des soins** (hôpital, type de soin...).

**Quant aux complications** des douleurs provoquées chez les patients, la majorité des IDE a cité des complications **psychologiques**.

**6 IDE sur 7** pensent que ces douleurs peuvent entraîner un **repli sur soi, des états dépressifs ou à l'inverse de l'agressivité**.

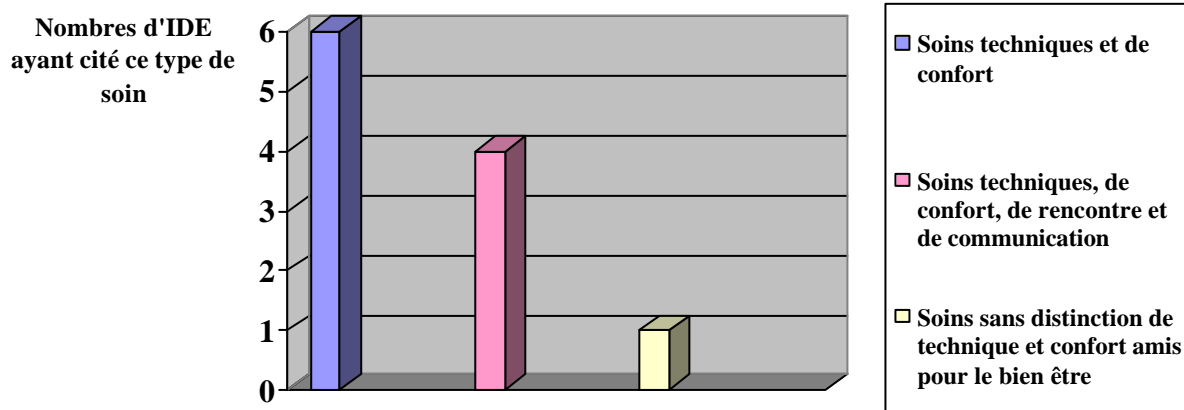
**5 IDE sur 7** évoquent comme complication le refus de soin,... « ras le bol » des soins.

Seule **1 IDE sur 7** évoque des **modifications hémodynamiques** ou des réactions de retrait spontanées et **aucune n'aborde** de façon concrète la **mémorisation physiologique** de la douleur. « **ça fait augmenter les douleurs...** »

**Au final, les facteurs influençant le vécu douloureux et les complications des douleurs provoquées par les soins les plus cités sont ceux qui relèvent de l'aspect psychologique.**

## ► Représentations des soins infirmiers

La question 5 me permet d'identifier la conception des infirmiers concernant les dimensions de soins dans leur pratique professionnelle quotidienne. L'histogramme suivant en donne les proportions :





## **Figure 2 : Représentations des infirmiers sur le soin infirmier**

Il apparaît que pour 6 IDE sur 7 les soins infirmiers constituent des soins techniques et des soins de confort favorisant le bien être du patient.

c'est apporter un service tout en ... gardant des aspects techniques, relationnels, éducatifs... qui serviront au bien être de la personne. »

Parmi ces 6 IDE, 4 IDE se démarquent par l'intégration dans leurs discours des notions de « **rencontre, communication et dialogue** » dans les soins infirmiers.

Il reste 1 IDE qui ne précise pas avec exactitude ce que sont les soins infirmiers pour lui, mais annonce que c'est « tout ce qui est en rapport avec le bien être du patient. »

► **Moyens de lutte pour prendre en charge la douleur provoquée et place de la relation de soin.**

La question 7 m'a permis de comptabiliser les réponses spontanées et sans relance concernant les moyens médicamenteux et non médicamenteux utilisés pour prévenir et soulager la douleur provoquée par les soins. J'ai ainsi obtenu un aperçu des pratiques infirmières dans la prise en charge de cette douleur, présenté dans les tableaux suivants où les items itératifs ont été regroupés et quantifiés.

**Tableau 4 : Les moyens de lutte contre la douleur utilisés par les infirmiers**

<b>Réponse à la question : « Quels moyens de lutte contre la douleur provoquée utilisez-vous dans votre service ? »</b>	<b>Nombre d'IDE ayant cité cette réponse</b>
<b>Moyens médicamenteux ( réponse citée en 1<sup>er</sup> et seule )</b>	2
<b><u>Moyens non médicamenteux ( réponse citée en 1<sup>er</sup> et seule )</u></b>	3
<b>Moyens médicamenteux et non médicamenteux</b>	2

**Tableau 5 : Détails des moyens de lutte utilisés par les infirmiers**

<b>Items itératifs des réponses à la question : « Quels moyens de lutte contre la douleur provoquée utilisez-vous dans votre service ? »</b>
--

Moyens médicamenteux	Nombre d'IDE ayant cité ces items	<u>Moyens non médicamenteux</u>	Nombre d'IDE ayant cité ces items
<b>Antalgiques</b> de pallier 1 ou 2 : Dafalgan®, Diantalvic®.....	4	<b>Evaluation de la douleur, EVA.</b>	4
Antalgiques de palier 3 : morphine.....	5	<b>Relationnel :</b>	5
<b>Anesthésie locale :</b>		• Expliquer le soin, prévenir de la réalisation du geste .....	6
• Emla® .....	7	• Rassurer le patient.....	5
• Xylogel®.....	2	• Discuter, parler avec le patient .....	4
<b>MEOPA</b> ( cité une fois comme moyen possible mais pas encore utilisé dans le service. ).....	1	• Ecouter ce que dit le patient..	2
<b>Anxilolytiques</b> : Atarax® .....	1	• Attitude, comportement infirmier.	2
<b>Protocoles d'analgésie</b> .....	1	<b><u>Techniques psycho corporelles</u></b>	4
		• Distraire .....	2
		• Détendre .....	4
		• Sophrologie ( mais indirectement car appelle une IDE spécialisée. ).....	1
		• Rencontre organisée avec une psychologue.....	1
		• Massage.....	1

Je constate que pour la majorité des infirmiers ( **5 IDE sur 7** ) les moyens non médicamenteux associés ou non aux médicaments sont utilisés pour prendre en charge la douleur induite par les soins. L'explication du soin, la réassurance du patient concernant le soin et la discussion semblent être utilisées de façon importante ( 5 ou 6 IDE sur 7 ).

**« L'écoute de ce que dit le patient » et l'évaluation de la douleur sont évoqué par 4 IDE sur 7. Je remarque que les techniques psycho corporelles sont faiblement utilisées avec un nombre variant entre 1 et 4 selon les techniques. La distraction et la sophrologie sont les plus employées ( 4 IDE sur 7 ). La sophrologie reste cependant l'apanage d'une IDE spécialisée dans ce domaine qui se déplace sur demande au lit du patient.**

Concernant les moyens médicamenteux utilisés dans la prise en charge de la douleur provoquée, ce sont les antalgiques de pallier 1, 2 et 3 qui sont majoritairement employés par les IDE.

**L'anesthésie cutanée par l'Emla® semble être une technique utilisée par toutes les IDE ( utilisation systématique non analysée ) tandis que l'anxiolyse avec des produits tel**

**l'Atarax® est peu pratiquée ( 1 IDE sur 7 ) et la sédation/analgésie propre au MEOPA est absente des pratiques ( 1 IDE sur 7 le cite mais ne l'utilise pas dans son service pour défaut de matériel ). Seule 1 IDE sur 7 signale l'utilisation de protocoles d'analgésie.**

En interviewant plus précisément les IDE sur ce qui leur permettrait de bien prendre en considération la douleur provoquée par les soins, j'obtiens la répartition des réponses suivante :

Tableau 6 : les manques exprimés par les infirmiers dans la prise en compte de la douleur provoquée

<b>Items significatifs présents dans les réponses à la question : « Qu'est ce qui vous permettrait de bien prendre en considération la douleur provoquée par les soins ? »</b>	<b>Nombre d'IDE ayant cité ces items</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>Facteurs liés à la gestion de service</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le temps .....</li> <li>• Plus de personnel .....</li> <li>• Moins d'entrée.....</li> </ul>	3 1 1
<p style="text-align: center;"><b><u>Facteurs liés à la collaboration entre les soignants</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de protocoles.....</li> <li>• Plus de collaboration avec les médecins .....</li> </ul>	2 2
<p style="text-align: center;"><b><u>Facteurs centrés sur la personne soignée</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'écoute du patient .....</li> <li>• L'observation du patient .....</li> <li>• L'accueil du patient .....</li> </ul>	4 1 1

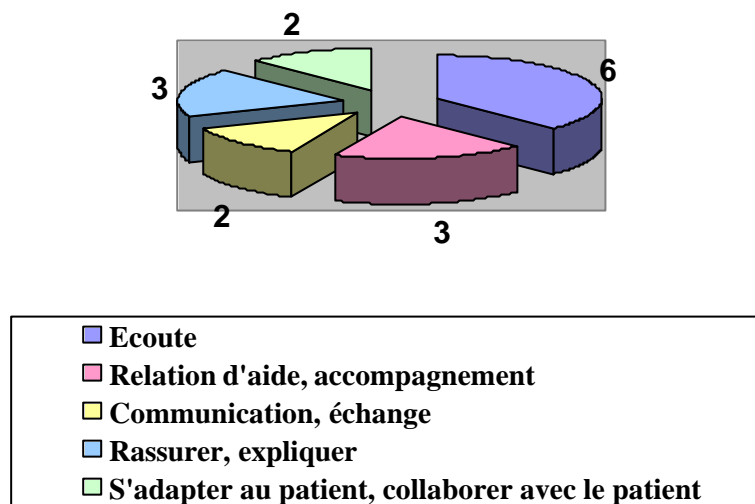
Sur l'ensemble des items répertoriés, j'observe que parmi les facteurs liés à la gestion de service, le temps représente pour 3 IDE sur 7 une limite à la prise en charge de la douleur.

4 IDE sur 7 mettent en avant l'écoute du patient pour prendre en compte la douleur provoquée. Il semble y avoir un lien entre les facteurs «temps et écoute » puisque les résultats sont similaires à une réponse près.

**Ensuite, 2 IDE sur 7 demandent plus de protocoles et aimeraient plus de collaboration avec les médecins.**

La question 8 m'a aidé à percevoir les représentations des infirmiers sur la relation de soin, en leur demandant d'y associer des mots s'y rapportant. J'obtiens le diagramme suivant ( les chiffres représentent le nombre d'infirmiers ayant cité les items ).

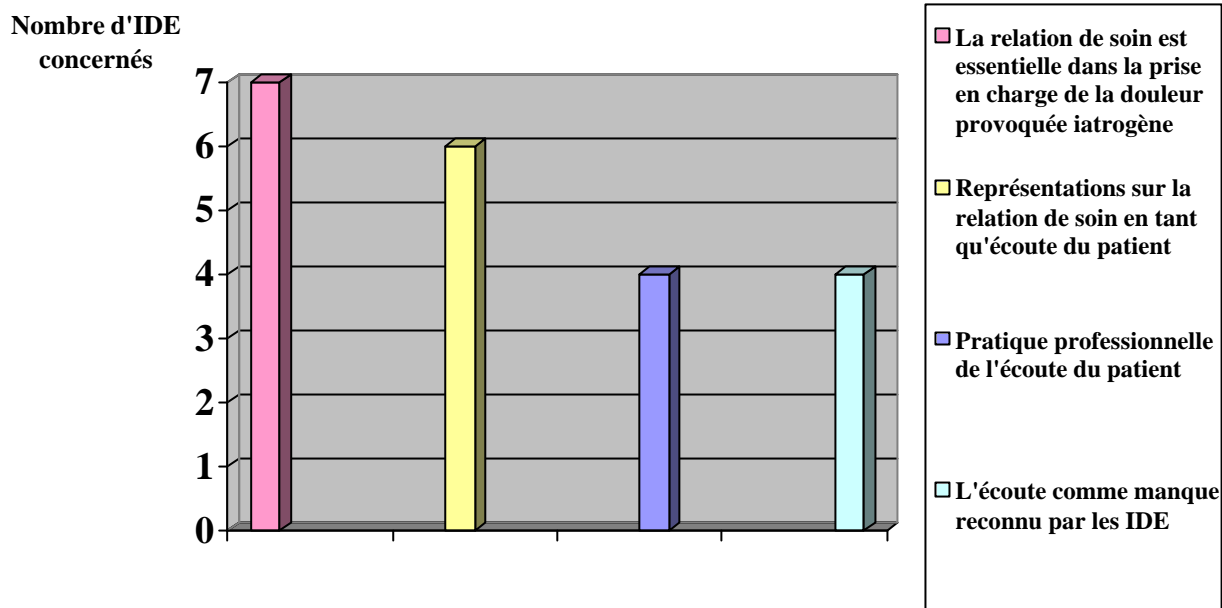
**Figure 3 : les représentations des infirmiers sur la relation de soin**



Pour 6 IDE sur 7 la relation de soin passe avant tout par l'écoute du patient. Pour 3 IDE sur 7 elle passe par l'explication et la réassurance du patient.

Tandis que pour 2 IDE sur 7 la relation de soin renvoie à la communication, l'échange et une certaine collaboration avec le patient.

En récapitulant les données de cette partie, je constate des divergences entre la pratique professionnelle des infirmiers et leurs conceptions de la relation de soin. Les manques pour prendre en compte la douleur provoquée par les soins évoqués confirment que les infirmiers ont conscience de cet écart. L'histogramme suivant permet de comparer ces données.



**Figure 4 : Comparaison des représentations des infirmiers sur la relation de soin avec la pratique réelle au travers du facteur écoute**

Ainsi, pour 7 IDE sur 7 le rôle de la relation de soin dans la prise en charge de la douleur provoquée iatrogène est essentiel. De plus, pour 6 IDE sur 7 la relation de soin passe par l'écoute du patient. Cependant, dans la pratique, seulement 4 IDE sur 7 m'ont cité l'écoute du patient pour prendre en charge la douleur provoquée par les soins ce qui pourrait laisser penser qu'il y a un manque à ce niveau, lui-même évoqué spontanément par 4 IDE sur 7 et où le facteur temps semble intervenir.

## Synthèse

La prise en charge de la douleur provoquée iatrogène est une des priorités du plan quadriennal ( 2002-2005 ) de lutte contre la douleur qui touche bientôt à sa fin. Malgré quelques enquêtes scientifiques sur le sujet, les connaissances et sa prise en compte par le personnel infirmier restent difficile à évaluer, d'autant plus que les moyens de lutte mis en place sont disparates. Une infirmière interviewée sur ce que lui évoque la douleur provoquée par les soins, au cours de mon enquête m'a déclaré : « ... *je ne sais pas, enfin je n'en ai jamais entendu parler... donc je ne sais pas. ... c'est une expérience scientifique... au*

*niveau des soins, ...la logique voudrait que l'on ne provoque pas de douleur... ».* Son discours m'a quelque peu surprise et a confirmé ma réflexion pré-professionnelle sur la prise en compte de la douleur provoquée iatrogène.

En effet, en analysant les données recueillies de mes entretiens, la plupart des infirmiers pensent que des douleurs peuvent être induites par des soins invasifs et non par des soins de continuité de vie, qui justement visent le confort et le bien être du patient. Ainsi, pour eux, les soins douloureux le sont par des gestes techniques intrusifs. Or par définition, l'apparition d'une douleur n'est pas toujours associée à une lésion ( IASP ) et pour ma part, les soins de continuité de vie pourraient en induire aussi. Les représentations des infirmiers sur leur métier expliqueraient peut-être les résultats précédents. Quant aux connaissances des facteurs influençant le vécu douloureux du patient et des complications qui peuvent en découler c'est plutôt le versant psychologique qui est avancé. Cela signifie que les soignants sont conscients de l'importance des facteurs anthropologiques dans le domaine de la douleur provoquée. En ce qui concerne les phénomènes de mémorisation de la douleur pouvant évoluer vers une chronicisation, il est important de mettre en avant qu'aucun des infirmiers a identifié ce phénomène physiopathologique. Toutefois, une minorité d'infirmiers évoque leur participation à l'apparition des douleurs provoquées ce qui renforce la nécessité de les prévenir et les soulager.

Parallèlement, la majorité des infirmiers entrevoit dans la politique de lutte contre la douleur une évolution positive des pratiques soignantes, dans lesquelles ils se sentent acteur. En cela, les infirmiers se positionnent en professionnels responsables dans cette prise en charge de la douleur comme leurs règles professionnelles le définissent.

Par ailleurs, selon les infirmiers, les soins qu'ils prodiguent constituent des soins techniques et de confort dont la finalité première est le bien être du patient, comme nous pouvons le retrouver dans la définition de la santé ( OMS ). Le paradoxe entre les finalités des soins ( bien être ou douleur ) est énoncé à deux reprises et prouve que des réflexions et des questionnements semblent se développer. Les représentations sur le métier d'infirmier seraient-elles en évolution ?

En outre, un peu plus de la moitié des infirmiers associe aux soins, les notions de rencontre, communication et dialogue avec la personne soignée. Tous ces termes nous invitent à analyser la place de la relation dans le soin.

**Les infirmiers interviewés sont du même avis que W.Hesbeen. Promouvoir la santé, soigner, c'est favoriser le bien être d'une personne que l'on prend en soin, cela amène donc à prévenir et soulager les douleurs provoquées. Un grand nombre d'infirmiers évoque en premier lieu, dans la prise en charge des douleurs induites par les soins, les moyens non médicamenteux associés ou non aux médicaments, parmi lesquels la relation de soin apparaît essentielle. Un certain consensus apparaît au travers d'une démarche relationnelle du soignant vers le patient pour « expliquer le soin, rassurer le patient et le prévenir du geste... » Ainsi, la loi du 4 mars 2002 concernant le droit à l'information du patient est effective, mais la place accordée au patient semble restreinte car l'écoute de ce dernier n'est citée que pour moitié des infirmiers interviewés. Pourtant, dans l'analyse des représentations des infirmiers sur la relation de soin, l'écoute est nommée pratiquement à l'unanimité. Il existerait un écart entre les conceptions des professionnels et les pratiques de soin concernant la relation de soin. Toutefois, les infirmiers semblent être conscients de ce manque, car lorsqu'ils sont interrogés sur ce qui leur permettrait de prendre en considération la douleur provoquée, l'écoute est énoncée à plusieurs reprises et de façon majoritaire. Toutefois, le facteur temps en ressort comme une limite.**

D'autre part, la conception de la relation de soin qui s'illustre dans les écrits de C. Rogers et A. Massebeuf tend à développer une attitude soignante où comme l'écrit D. Sicard, c'est « *faire percevoir pour celui qui souffre, qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne.* » Pour cela, la communication, l'échange minimisée dans le discours des infirmiers à certains moments sont des atouts incontestables pour « collaborer avec le patient », aujourd'hui « usager de santé. »

Ainsi, il semble que les pratiques soignantes répondent aux attentes du patient dans « l'ici et maintenant » par l'information, l'explication, la réassurance et aussi par des antalgiques classiques ( ceux des paliers de l'OMS ) mais en laissant au patient une faible part d'autonomie. Parallèlement à cela, l'utilisation des techniques psychocorporelles reste minime et pourtant, il apparaît que dans ces techniques, le patient devient aussi acteur de ses soins au travers de la mise en place de stratégies d'adaptation.



Au terme de cette enquête, je peux répondre à ma question de recherche. La relation de soin est bien considérée comme un élément déterminant dans la prise en compte de la douleur provoquée. Elle participe à la prévention et au soulagement de ces douleurs. Néanmoins, il semble que l'écoute soit une variable de l'efficacité de la relation de soin et peut être un facteur à privilégier pour personnaliser la prise en charge de la douleur provoquée tout en permettant au patient d'y participer.

# **3<sup>ème</sup> PARTIE**

---

# Autocritiques du travail de fin d'études

## τ Les points négatifs et les limites

Tout d'abord, j'ai eu beaucoup de difficultés à recenser des ouvrages et des documents concernant la douleur provoquée iatrogène, ce qui a sûrement limité mon travail d'exploration dans le pôle théorique.

De ce fait, j'ai peut-être trop développé le chapitre sur la douleur qui m'a toutefois paru important de préciser pour mieux comprendre la douleur provoquée.

Un autre écueil pourrait être fait sur la place des représentations des infirmiers peu développée et qui apparaît à la fin de mon analyse comme un élément important dans la prise en charge de la douleur provoquée.

Aussi, il aurait été intéressant d'élaborer un deuxième instrument d'enquête ( une grille d'observation ) pour comparer les pratiques réelles des infirmiers à leurs discours.

**Ensuite, la réalisation des entretiens a été difficile, même après avoir pris rendez vous car la charge de travail des infirmiers était très importante. Toutefois, ceci témoigne des limites qu'implique le facteur temps dans la prise en charge de la douleur provoquée iatrogène. Pour ma part, j'ajouterais que le temps imparti pour ce travail ( 9 mois consacrés à une alternance de cours théoriques, de stages, jalonnés d'évaluations et à la réalisation de ce travail ) m'a aussi limité dans mes investigations et dans mon travail de mise à distance. De plus, les résultats obtenus sont aussi une limite en soi car ils ne représentent que des données recueillies sur sept personnes seulement. Ils ne sont donc pas représentatifs de tous les infirmiers.**

Finalement, une limite importante à ce travail de fin d'étude aurait pour origine mes maladresses dans l'élaboration de cette recherche dans laquelle je suis novice.

## τ Les points positifs – évolution personnelle et professionnelle

Bien que les limites aient été nombreuses, j'ai eu beaucoup de plaisir à réaliser cette recherche. Elle m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la douleur et la douleur provoquée, d'identifier mes représentations dans ce domaine et elle me permettra sûrement de mieux appréhender la douleur provoquée par les soins.

De plus, ce travail m'a aussi permis de revenir aux sources. En effet, notre formation et nos différents stages sont très axés sur la technique, ce qui à juste titre est nécessaire pour maîtriser à la fin de nos trois ans d'études les gestes infirmiers. Ainsi, cette recherche m'a donc permis de redonner du sens à mes futures pratiques soignantes, centrées sur la personne soignée, pour tendre vers « l'art de soigner » comme l'écrit si bien W.Hesbeen.

Cette évolution personnelle s'ajoute à une évolution professionnelle, où mes rencontres avec les soignants ont été très enrichissantes en terme de savoir, savoir-faire mais aussi savoir être. En outre, le travail exploratoire et l'enquête m'ont initié aux techniques d'entretien. Tous ces échanges m'ont alors permis d'identifier l'importance du travail en équipe et en réseau.

Concernant la douleur provoquée par les soins, mon questionnement « comment se comporter en matière de douleur provoquée ? » a été en parti résolu mais d'autres chemins sont à explorer dans de prochaines recherches.

Pour conclure, j'ai beaucoup apprécié cet avant goût de la recherche avec les difficultés et les pertes que j'y faites, où au final les gains ont été plus importants.

# **CONCLUSION**

Ce travail de fin d'études a débuté par mon constat du caractère douloureux de plusieurs soins et de la disparité de leur prise en charge. De plus, face à la politique de lutte contre la douleur actuelle, qui place la douleur provoquée comme une de ses priorités, plusieurs interpellations m'ont amené à me questionner sur la prise en compte de la douleur provoquée par les soins, chez les adultes hospitalisés.

Au terme de mon travail exploratoire et des différentes rencontres avec des professionnels de santé, il apparaît que les douleurs provoquées existent bien. Elles sont liées à des soins de continuité de vie, des gestes techniques et des traitements, souvent réalisés par des infirmiers. Or, la finalité des soins infirmiers correspond au bien être et à la bonne santé de la personne soignée. Ceci explique la nécessité de prévenir et de soulager la douleur provoquée, d'autant plus que des phénomènes de mémorisation de la douleur peuvent évoluer vers des douleurs chroniques apparaissant à plus ou moins long terme.

Ainsi, plusieurs moyens médicamenteux et non médicamenteux peuvent être utilisés. Parmi ces derniers, la relation de soin, au travers de son effet placebo et de la proximité qui s'est établie entre le soignant-soigné, apparaît comme un facteur déterminant dans la prise en charge des douleurs provoquées. En effet, les résultats de mon enquête sur le terrain, confirme la place prépondérante de la relation de soin mais laisse entrevoir un manque ressenti par les soignants au niveau de l'écoute du patient. D'autre part, l'écoute pourrait aussi être un vecteur d'autonomie pour le patient qui depuis 2002 est usager de santé.

Par ailleurs, les représentations des soignants sur la douleur provoquée ( douleur induite par des soins invasifs ) et sur le métier d'infirmier seraient aussi des axes à développer pour comprendre nos pratiques professionnelles et les limites actuelles face à la douleur provoquée.

Finalement, d'autres pistes sont à explorer pour comprendre le phénomène de douleur provoquée et améliorer nos pratiques soignantes infirmières au niveau de notre rôle propre ( technique psycho corporelle ) tout en développant un esprit de collaboration.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **OUVRAGES**

- AMAR B., GUEGUEN J-P. *Soins infirmiers I : Concepts et théories, Démarche de soins*. 2 ème édition. Paris : Masson, 2003.249p.
- BIOY A. MAQUET A. *Se former à la relation d'aide. Concepts, méthodes, applications*. Paris : Dunod, 2003. pp 21-24
- BIOY A., FOUQUES D. *Manuel de psychologie du soin*. Saint Germain du Ruy : Bréal, 2002. 317p.
- DEYMIER V., WROBEL J., et al. *L'infirmière et la douleur*. 6 ème édition. Paris : Institut UPSA de la Douleur, 2003.176p.
- HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. 4 ème édition. Paris : Masson, 2000.195p.
- **KHHAYAT D., KRAKOWSKI I., SCHRAUB S. et al. *Enquête multicentrique – Evaluation de la douleur des gestes invasifs, répétitifs en cancérologie adulte*. Rueil – Malmaison : Laboratoire ASTRA France, 1998. 23p.**
- LAZURE H. *Vivre la relation d'aide*. Montréal : Decarié, 1987. 191p.
- LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié, 1995. 237p.
- MANNONI P. *Les représentations sociales*. 3 ème édition. Paris : Presses universitaires de France. 2003. 127p.
- MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. *La relation soignant - soigné*. 2 ème édition . Rueil – Malmaison : Lamarre, 2001. 173p.
- MULLER A. *Soins infirmiers et douleurs*. Paris : Masson, 2000. 253p. Collection Savoir.

- POTIER M. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. 363p.
- QUENEAU P., OSTERMANN G. *Le médecin, le malade et la douleur*. 4 ème édition. Paris : Masson, 2004. 616p.
- QUENEAU P., OSTERMANN G. *Soulager la douleur*. Paris : Odile Jacob, 1998. 316p.
- SEBAG-LANOË R., WARY B., MISCHLICH D. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2002. 323p. Collection : Âges, Santé, Société.
- TALBERT M., WILLOQUET G. *Guide Pharmaco*. 5 ème édition. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2003. 1231p.

## ARTICLES

- **BIOY A. L'hypnose à l'hôpital. Revue de l'infirmière, Avril 2005, n° 110, pp. 26-27**
- DEVERS G. Le droit et la douleur. *Droit, Déontologie, Soins*, Septembre 2004. Volume 4, n°3, pp. 295-310.
- HONORE B. Quelle présence au monde dans le soin porté aux choses et aux autres ? *Perspective soignante*, Septembre 2000, n°8, pp. 105-132.
- LE BRETON D. Douleur et soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 1998, n°53, pp. 17-23.
- ROY A. Réflexions sur les peurs liées à l'hospitalisation. *Perspective soignante*, Décembre 2003, n° 18, pp. 50-62.
- SERRIE A. La prise en compte de la douleur une nouvelle culture. *La presse médicale*, Juin 2004, Tome 33, Hors série spécial bicentenaire, pp. 13-16.

## TEXTES LEGISLATIFS

- Code de la santé publique - Article L.1112-4
- Code de la santé publique – Livre 4 – relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière – Actes professionnels.
- Circulaire du 6 mai 1995 du Ministère de la Santé relative à la charte du patient hospitalisé.

- Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la douleur ( 1998-2000 ) dans les établissements de santé publics et privés.
- Circulaire DHOS/E n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur ( 2002-2005 ) dans les établissements de santé.
- Loi du 4 Mars 2002 – n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

## DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- CELESTIN-LHOPITEAU I. Prise en charge non pharmacologique de la douleur provoquée par les soins chez l'enfant. [ en ligne ] [ visité le 09.04.05 ] Disponible sur Internet : < <http://www.cnrdf.fr> >
- COMITE D'ORGANISATION DES ETATS GENERAUX DE LA DOULEUR. Prise en charge de la douleur en France. [ en ligne ]. Paris : TAYLOR NELSON SOFRES Santé, 29 Avril 2003. [ visité le 11.12.04 ] Disponible sur Internet : < <http://www.aventispharma.fr> >
- ESPACE ETHIQUE AP-HP. Nature et formes du soin [ en ligne ]. [ visité le 18.03.05 ] Disponible sur Internet : < <http://www.espace-ethique.org> >
- Plan de lutte contre la douleur 1998-2000 [ en ligne ] [ visité le 10.09.04 ] Disponible sur Internet : < [http://www.sante.gouv.fr/html/actu/34\\_980307.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/actu/34_980307.htm) >
- Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 [ en ligne ] [ visité le 10.09.04 ] Disponible sur Internet : < <http://www.sante.gouv.fr/html/actu/douleur/intro.htm> >
- SERRIE A., POULAIN P. Physiopathologie de la douleur [ en ligne ]. [ visité le 15.04.05 ] Disponible sur Internet : < <http://documentation.ledamed.org> >

## COMPTE RENDU DE CONGRES

- Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques. 4<sup>ème</sup> congrès de la SETD. 2003. Paris – La Villette. Paris : SETD – IASP. 2003
- Placebo et effet placebo, cours supérieur. 4<sup>ème</sup> congrès de la SETD. 2003. Paris – La Villette. Paris : SETD – IASP. 2003



- Comment les malades de réanimation évaluent-ils leur séjour ? Résultats d'un questionnaire. Février à décembre 1993 à Paris. Paris : Service de Réanimation Médicale, Hôpital Broussais.

## **MEMOIRE**

- SAINTIGNAN D. L'infirmier anesthésiste peut – il apporter un plus au rôle de référent douleur ? Travail d'intérêt professionnel : Ecole d'infirmier anesthésiste CHU de TOULOUSE, 2004. 52p.

# ANNEXES

- Annexe I : Extrait du programme de lutte contre la douleur 2002-2005
- Annexe II : Les douleurs provoquées par des gestes techniques
- Annexe III : La philosophie des Soins Infirmiers retenue par les Hôpitaux de Toulouse
- **Annexe IV : Enquête multicentrique de ASTRA SOFRES : Le vécu des patients et comparaison entre la douleur exprimée par les patients et celle perçue par les soignants**
- Annexe V : La pyramide des besoins selon A.Maslow
- Annexe VI : Le guide d'entretien
- Annexe VII : Un entretien avec un infirmier

.

**Melle VO-VAN Florence**

Etudiante de 3<sup>ème</sup> année  
Promotion 2002 – 2005

**IFSI RANGUEIL**

**GUIDE D'ENTRETIEN**

Je suis étudiante en 3<sup>ème</sup> année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers RANGUEIL TOULOUSE et je réalise un travail de fin d'études dans le cadre de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier. Mon sujet porte sur la prise en compte infirmière de la douleur provoquée par les soins. Au terme de la réalisation de mon pôle théorique, une problématique m'a interpellée. En effet, il me semble important d'analyser qualitativement les représentations qu'ont les infirmiers ( infirmières ) de la douleur provoquée par les soins et les facteurs déterminants pouvant améliorer sa prise en charge. Afin de répondre à ma question de recherche, des entretiens auprès des infirmiers ( infirmières ) de votre service me seraient nécessaires. Ces entretiens seront confidentiels, anonymes et dureront environ 30 minutes. Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous portez à mon travail et du temps que vous m'accordez.

**Les thèmes abordés seront :**

- 1) Présentation de l'infirmier ( infirmière )
  - Type de service où vous travaillez, nombres d'années travaillées dans ce service
  - Votre âge, votre année d'obtention du diplôme d'état d'infirmier et la formation reçue
- 2) Connaissances sur la politique de la lutte contre la douleur
  - Que vous évoque la politique de lutte contre la douleur actuelle ?
  - Que savez vous des différents plans de lutte contre la douleur établis par l'Etat ?
- 3) Connaissances et représentations sur la douleur provoquée
  - Que signifie pour vous la douleur provoquée ?
- 4) Représentations sur les soins douloureux
  - D'après vous, quels sont les soins douloureux ? Quels sont, d'après vous, les facteurs influençant le vécu douloureux du patient lié aux soins ?
- 5) Représentations sur le soin infirmier
  - Que représente pour vous le soin infirmier ?
- 6) Connaissances des complications des douleurs provoquées par les soins sur les patients
- 7) Quels sont les moyens de lutte contre la douleur provoquée que vous utilisez ? Qu'est-ce qui d'après vous, permettrait de bien prendre en considération la douleur provoquée ?
- 8) Représentation de la « relation de soin »
  - Quels termes pouvez vous mettre sous l'expression : « relation de soin » ? Quel serait son rôle dans la prise charge de la douleur provoquée ?
- 9) Formations des infirmiers ( infirmières ) sur la douleur provoquée par les soins



**La prise en compte de la douleur provoquée iatrogène chez l'adulte**

**Mots clefs : Douleur provoquée iatrogène – chez l'adulte, concept de soin et soins infirmiers, prendre soin, relation de soin, techniques psycho corporelles.**

Face à la politique de lutte contre la douleur actuelle, la douleur provoquée par les soins apparaît comme une priorité dans les soins. Pourtant, j'ai constaté à maintes reprises que les moyens de prise en charge de cette douleur sont utilisés de façon différente par les infirmiers auprès d'adultes hospitalisés.

En effet, la douleur est subjective et propre à chacun d'entre nous. De plus, sa pluridimensionnalité la rend complexe, ce qui explique la difficulté d'appréhender la douleur d'autrui. Toutefois, les infirmiers, de par leurs règles professionnelles et au travers de la démarche qualité des soins qui s'instaure, doivent mettre en œuvre tous les moyens de lutte contre la douleur provoquée. Ainsi, la relation de soin apparaît comme un élément déterminant dans ces moyens de lutte. Pourtant, les patients attendent des améliorations au niveau de la prise en charge psychologique de la douleur. Je me suis donc demandée si : la relation de soin était considérée par les infirmiers, comme un facteur déterminant dans la prise en compte de la douleur provoquée iatrogène, auprès d'adultes hospitalisés, dans des services d'hospitalisation générale ?

J'ai donc mené des entretiens semi-directifs auprès de plusieurs infirmiers, pour recueillir leurs avis et leurs représentations. Il en ressort que la relation de soin est bien mise en avant mais un écart apparaît entre leurs représentations et leurs pratiques professionnelles. En effet, l'écoute serait une variable à l'efficacité de la relation de soin. Par ailleurs, les techniques psycho corporelles sont peu utilisées alors qu'il semble qu'elles favorisent, au travers de notre rôle propre, des stratégies d'adaptation positives chez la personne soignée. En d'autres termes, la collaboration soignant-usager de santé serait à affirmer pour une personnalisation des soins.

**VO -VAN FLORENCE**

**Promotion 2002-2005**