



SANCHEZ Carmen

Promotion 2020-2023

Dompter la Douleur Procédurale :

L'Art de Guérir sans Pilule !



Unité d'Enseignement 5.06 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Directeur de mémoire : Madame CLERC Alexandra

Date de rendu : 13 octobre 2023

Note aux lecteurs et lectrices

« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Clerc, pour son écoute et son soutien durant les périodes où je traversais des moments de découragement. Vous avez su m'encourager et vous adapter à mon rythme tout en me conseillant. Merci également d'avoir compris et respecté mes décisions ainsi que de m'avoir guidé tout au long de ce travail de fin d'études.

Que dire de Monsieur Collet, mon référent pédagogique. Je tiens à vous exprimer ma plus profonde gratitude pour votre bienveillance à mon égard durant ces 3 années passées à vos côtés. Vous n'avez jamais douté de moi, même encore aujourd'hui, alors que je me remets en question en permanence. Un merci ne suffit pas pour exprimer ma reconnaissance pour vos encouragements constants et votre soutien indéfectible.

Je tiens à remercier certains formateurs pour leurs encouragements et leur soutien, qui m'ont conseillé de continuer et de ne pas lâcher.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à mes amies Clémence et Céline, pour leur soutien inconditionnel, leurs conseils avisés et leur camaraderie durant ces 3 années de formation, pour leur présence rassurante.

Du fond du cœur, Maman, MERCI pour tout ce que tu as fait pour moi, pour nous. Je te serais éternellement reconnaissante pour tout ces sacrifices. Te quiero <3

Ma poupée, je remercie le ciel de t'avoir dans ma vie. Merci infiniment d'illuminer mes journées avec ta bonne humeur et ta joie de vivre. Tu es mon rayon de soleil dans la maison,

apportant de la lumière même aux moments les plus sombres. Je t'aime plus que trois fois milles.

Et à toi mon Amour, qui est à mes côtés depuis nos 15 ans. Tu ne m'as jamais lâché et encore plus durant ces 3 années de formations, que l'on a passé ensemble. Je suis reconnaissante de l'aide que tu m'apporte tous les jours. Merci profondément pour ton soutien et tes encouragements. Et Merci d'être toi, malgré que tu râles beaucoup. Je t'aime <3

Un sincère merci à tous les professionnels de santé qui ont participé à ce mémoire. Votre expertise, vos perspectives uniques et votre volonté de partager vos expériences ont été essentielles à la profondeur et à la crédibilité de cette recherche. Votre contribution ne saurait être sous-estimée.

Et pour terminer, je tiens à remercier le **Co-Jury**, qui prendra le temps de lire mon travail de fin d'études.

Citation

"La douleur que nous infligeons souvent aux malades pour les guérir est comme le tranchant d'un couteau. Elle est tout aussi réelle, tout aussi tranchante, tout aussi destructrice. Mais elle est au service de la vie."

Albert Schweitzer

Table des matières

Glossaire	1
1. Introduction	2
2. Situation d'appel.....	4
2.1. Questionnement	7
2.1.1. La douleur.....	7
2.1.2. Les médecines alternatives	7
2.1.3. La relation de soin	8
2.2. Question de départ.....	10
3. Cadre de référence	11
3.1. La douleur.....	11
3.1.1. Les définitions	12
3.1.2. Différence entre la douleur et la souffrance	13
3.1.3. L'historique	14
3.1.4. Cadre législatif.....	15
3.1.5. La durée	19
3.1.6. Évaluation de la douleur	19
3.1.7. Traitement de la douleur.....	22
3.2. Douleur induite par les soins	25
3.2.1. Définitions	25
3.2.2. Outils et réflexivité soignante.....	26
3.3. Les différentes médecines	27
3.3.1. La médecine conventionnelle	28
3.3.2. Les médecines alternatives	29
4. Enquête exploratrice	37
4.1. Méthode exploratrice	37
4.2. Outil exploratoire.....	38
4.3. Choix de la population interrogée et des lieux	40
4.3.1. Rachel	40
4.3.2. Janice	41
4.3.3. Phoebe	43
4.4. Analyse des données.....	44

4.4.1.	La douleur.....	44
4.4.2.	La douleur induite par les soins.....	47
4.4.3.	Les alternatives.....	54
4.4.4.	La relation soignant-soigné.....	57
4.4.5.	Éléments inattendus.....	60
4.5.	Limites de l'enquête.....	63
5.	Problématique.....	65
5.1.	Question de recherche.....	66
6.	Conclusion.....	67
7.	Bibliographie.....	68
7.1.	Questionnement.....	68
7.2.	Cadre de référence.....	68
7.3.	Enquête exploratrice.....	69
7.4.	Sitographie.....	69
	Bibliographie.....	69
8.	Annexes.....	72

Glossaire

AISP = Association Internationale pour l'Étude de la Douleur

ASH = Agent de Service Hospitalier

CESU = Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences

CLUD = Comité de Lutte de la Douleur

DADM = Déchet Assimilé aux Déchets Ménagers

DASRI = Déchet d'Activité de Soin à Risque Infectieux

Grille ECPA = Échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée

EHPAD = Établissement Hospitalier pour Personnes Dépendantes

IFSI = Institut de Formation en Soins Infirmiers

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

OPCT = Objet-Piquant-Coupant-Tranchant

PACA = Provence Alpes Côte d'Azur

RESC = Résonance par Stimulation Cutanée

SHA = Solution Hydroalcoolique

SMUR = Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR = Soins de Suite et de Réadaptation

UE = Unité d'Enseignement

USLD = Unité de Soins de Longue Durée

TNM = Thérapeutiques Non Médicamenteuses

1. Introduction

La douleur et la souffrance sont ancrées dans notre vie quotidienne. Cependant, elles sont encore plus présentes et profondément ressenties dans le secteur de la santé.

En tant qu'aide-soignante, je détestais infliger de la douleur à un patient quand je lui prodiguais des soins. Je m'efforçais constamment d'améliorer ma pratique au quotidien, je collaborais avec les infirmières afin que les soins quotidiens soient moins traumatisants possibles pour les patients.

Désormais, en tant qu'étudiante infirmière, je dispose de plus de connaissances et de ressources thérapeutiques pour une prise en soins plus optimale. De nombreuses solutions sont disponibles si nous travaillons intelligemment en équipe pluridisciplinaire. Chaque professionnel de santé peut adopter pour une approche réflexive en ce qui concerne la gestion de la douleur avant de débiter son soin.

La première étape pour lutter contre la douleur est la relation de soin entre le soignant et le soigné. La première démarche à faire dans la lutte contre la douleur et qu'il est essentiel d'informer le patient à chaque étape du processus de soin, de faire preuve d'empathie, de prendre en compte sa souffrance et son ressenti, de pratiquer une écoute active et surtout de considérer le patient dans sa globalité. La douleur provoquée par les soins peut être évitable et nous devons la combattre.

Lorsque j'ai pris la décision de suivre la formation pour devenir infirmière, cela a été un défi pour moi, moi qui exerçais depuis 20 ans en tant que soignante, de choisir une situation pertinente pour mon mémoire. Ayant déjà vécu d'innombrables situations au cours de ma carrière, il était difficile de sélectionner une expérience propice à l'exploration. Certaines pratiques étaient devenues presque normales pour moi, mais grâce à mon statut d'étudiante, j'ai pu les observer sous un nouvel angle et les redécouvrir.

Finalement, j'ai réussi à définir un thème qui me passionne et qui enrichit ma pratique : "la douleur induite par les soins". Mon mémoire se concentre sur la question de savoir si la douleur provoquée par les soins peut être réduite ou éliminée dans notre pratique quotidienne des soins. Admettre en tant que soignant, qu'il n'existe pas de « petite » douleur et que toute douleur provoquée par les soins doit être prise en considération préalablement par le soignant. Il doit

mettre en œuvre tous les moyens thérapeutiques ou médicamenteux à sa disposition, ainsi que les connaissances acquises lors de sa formation initiale est celle qu'il entreprendra plus tard dans les médecines alternatives, afin d'éviter de causer de la souffrance aux personnes en demande de soins.

Je commencerai ce mémoire en partageant une situation vécue en tant qu'étudiante infirmière, une expérience qui a remis en question ma pratique professionnelle.

À partir de cette expérience, émergera un questionnement et de ce questionnement en découlera la question de départ, qui guidera mes recherches et constituera ainsi le point de départ de mes investigations.

Ensuite, je présenterai mon cadre de référence, qui servira de base à mes recherches. J'y explorerai des éléments de réflexion, des théories, des articles, des outils et des ouvrages afin d'étayer mon raisonnement.

Cela conduira à ma rencontre avec les professionnels de santé sur le terrain, un élément clé de l'enquête exploratoire. C'est durant cette phase que je planifie d'interroger les soignants, mettant ainsi en avant la réalité de leur pratique quotidienne et les confrontant ainsi avec les concepts de mon cadre théorique.

Cela sera suivi par une analyse des informations fournies par les professionnels de santé interrogés, que je mettrai en corrélation avec mon cadre de référence.

Cette approche aboutit à l'identification d'une problématique, qui évolue en une question de recherche, dans l'hypothèse où je déciderais de poursuivre mon mémoire ultérieurement.

Enfin, je conclurai mon travail, en résumant les points essentiels et les découvertes significatives issues de cette démarche.

2. Situation d'appel

Au cours de mon stage du semestre 3 en tant qu'étudiante en soins infirmiers, je suis confrontée à une situation dans le service USLD d'un centre hospitalier situé en région PACA.

La situation se déroule l'après-midi de ma première semaine de stage, où je suis seule en tant qu'étudiante infirmière et j'ai la responsabilité du secteur A. Dans l'autre secteur, il y a un infirmier nouvellement diplômé que je vais prénommer Olivier pour préserver son anonymat.

Une fois l'exécution de mes soins terminés, Olivier vient à ma rencontre :

- Olivier : « Es-tu occupée ? ».
- Moi : « Non ».
- Olivier : « Souhaites-tu poser un cathéter sous-cutané à une patiente avec moi ? ».
- Moi : « Oui, je veux bien ».

Enthousiasmée à l'idée de réaliser un soin technique et soucieuse de l'exécuter correctement, je me prépare en rassemblant tout le matériel nécessaire dans le poste infirmier. Je procède à la désinfection du chariot satellite, je m'assure d'avoir à disposition l'OPCT, les sacs poubelles DASRI et DADM, le SHA, les compresses, le prolongateur avec valve antiretour, le cathéter sécurisé stérile, le sérum physiologique, la bétadine scrub, la chlorhexidine antiseptique, le pansement transparent stérile type "OPSITE" ainsi qu'une paire de gants non stériles à usage unique. Une fois tout le matériel préparé, Olivier et moi, nous nous dirigeons vers la chambre de la résidente pour effectuer le soin.

Pour préserver son anonymat, je nommerai cette dame Mme T. Elle se trouve dans le secteur B, qui est opposé au mien et je dispose de peu d'informations la concernant. Les renseignements que je possède sont les suivants : Mme T. est âgée de 76 ans et elle est atteinte de la maladie de Parkinson à un stade terminal. Cette résidente présente une aphasie, une perte de poids significative et adopte une position fœtale en raison de sa maladie. Elle se trouve à un stade avancé de dépendance en raison de sa pathologie, et une partie de sa communication s'exprime à travers des gémissements.

Nous frappons à la porte de Mme T, puis nous entrons dans sa chambre et j'utilise l'appel malade pour signaler notre présence.

La patiente est allongée dans son lit. Olivier se dirige vers elle et se positionne à côté du lit. Il s'assoit près d'elle, se penche et se rapproche. D'une voix douce et apaisante, il lui explique le soin que nous allons réaliser. Pendant ce temps, il prend délicatement sa main et lui prodigue un massage du cuir chevelu, établissant ainsi une relation privilégiée par le toucher soignant. Mme T. contemple attentivement Olivier, semblant captivée par sa voix et son regard.

Pendant ce temps, de mon côté du lit, je me concentre sur mon soin technique et je m'occupe de préparer et d'ouvrir tout le matériel nécessaire pour le soin. J'ouvre les compresses et les différents produits requis pour les différentes étapes du soin. Je m'assure de purger le prolongateur avec la valve antiretour afin de pouvoir procéder à la pose du cathéter sous-cutané dans le respect des normes d'asepsie, de confort et de sécurité.

Olivier continue de parler à Mme T. d'une voix douce et avec la même intonation. Pendant ce temps, je me prépare à commencer les soins en prenant ma première compresse imbibée de bétadine scrub et de sérum physiologique.

- Olivier dit à Madame T. d'une voix rassurante : « Vous allez ressentir une légère fraîcheur sur votre ventre », tout en continuant à masser délicatement sa main et son cuir chevelu.
- Puis, Olivier ajoute : « Imaginez que vous êtes dans un endroit agréable et rassurant ».

À ce moment précis du soin, en tant qu'observatrice, je me questionne sur cette relation soignant/soigné qui se crée et je suis dans l'incompréhension de ce qui se joue à ce moment-là entre madame T. et Olivier. Il ne m'a pas préalablement informée de sa connaissance à d'autres méthodes d'apaisement.

Je poursuis mon soin et j'informe la résidente que je vais utiliser une autre compresse, ce qui va lui procurer une sensation de froid lors du rinçage.

- Olivier me reprend avec calme et me suggère de reformuler ma phrase : « Tu devrais le reformuler d'une autre manière, car "le froid" n'est pas une sensation agréable ».
- J'essaie de m'exprimer différemment en lui disant que cela va être un peu frais sur son ventre.
- Ensuite, j'enfile mes gants non stériles et je dis à Madame T. : « Je vais vous piquer » avec le cathéter.

- Olivier me reprend à nouveau et me dit calmement : « Tu ne dois pas l'annoncer ainsi, car la patiente va ressentir la douleur avant même que tu n'effectues le geste ».
- Olivier propose plutôt de dire à Mme T. : « Vous allez ressentir un léger picotement sur votre ventre ».

Maintenant, je comprends l'approche adoptée par Olivier envers cette dame. Il s'efforce de rendre le soin aussi agréable que possible en détournant son attention grâce à sa voix douce et calme. Son objectif est de rendre ce geste invasif aussi plaisant que possible, afin qu'il ne soit pas perçu comme une agression et que la douleur soit la plus tolérable. Il maintient cette approche tout au long du soin.

Au fur et à mesure du déroulement du soin, je remarque que Mme T. se détend progressivement, probablement grâce à l'intonation apaisante de la voix de Olivier et au toucher bienveillant qu'il lui prodigue. Elle ne détourne pas les yeux de Olivier. Je suis agréablement surprise par cette alliance qui s'établit entre eux, créant un moment de réconfort et de confiance entre Olivier et Mme T.

Malgré mes vingt ans d'expérience dans le milieu médical, je n'ai jamais vécu un soin de cette manière. J'ai travaillé pendant dix ans en tant qu'ASH faisant fonction d'aide-soignante dans un EHPAD, puis dix ans en tant qu'aide-soignante diplômée dans un service hospitalier. Tout au long de cette période et dans les différents domaines d'exercice, je n'ai jamais été témoin d'un soin aussi empreint de bienveillance, de douceur, d'écoute et de prise de temps avec une résidente. C'est une expérience unique et exceptionnelle pour moi.

En observant la manière d'agir de Olivier, je réalise qu'il est peut-être possible d'aborder les soins de manière différente, en particulier ceux qui sont douloureux ou appréhendés par les patients, en utilisant des méthodes alternatives non médicamenteuses.

C'est une approche que je viens de découvrir et j'ai été profondément touchée par cette façon de prendre soin de la personne. Grâce à cette expérience, je renoue avec mes valeurs et je donne un sens à ma pratique professionnelle.

Après le soin, Olivier m'explique qu'il a utilisé une méthode qui lui a été enseignée lors de l'unité d'enseignement optionnel sur l'hypnose à l'IFSI.

Cette approche, appelée hypnose thérapeutique, vise à induire un état modifié de conscience chez le patient afin de faciliter la gestion de la douleur, de l'anxiété et du stress.

2.1. Questionnement

Mon questionnement se fera par thème, c'est-à-dire que je vais d'écrire la douleur, les médecines alternatives puis la relation de soin et je finirai par ma question de départ.

2.1.1. La douleur

Comment peut-on rendre le soin moins douloureux et moins angoissant ?

Selon une revue de recherche en soins infirmier datant de 2007 (cairn), une enquête sur la prise en charge de la douleur au CHU de Toulouse, a été réalisée.

Cette étude a permis de s'apercevoir que les soignants sont de plus en plus en demandent de formation à de nouvelles techniques ou méthodes afin de soulager les patients des douleurs induite par les soins. « *Dans la lutte contre la douleur, un des objectifs prévalents est de prévenir, réduire, soulager, les douleurs induites par les acteurs du système de santé* ». Beaucoup de recherche et de questionnement sur ce thème son faites. Des procédures et des protocoles sont mis en place afin de limiter ces douleurs induites.

L'article est en corrélation avec ma situation car Olivier à chercher à se former sur d'autres méthodes afin de limiter cette douleur induite par les soins, en utilisant l'initiation à l'hypnose faite à l'IFSI. Grâce à cette initiation, le soin apporter à cette dame étais beaucoup plus agréable pour elle mais pour nous aussi. La satisfaction d'avoir produit un tel soin et tellement gratifiant pour nous soignant.

2.1.2. Les médecines alternatives

En quoi les alternatives non médicamenteuses peuvent-elles être bénéfiques pour les patients ?

Selon l'article essentiel autonomie : « *Pourquoi se passer de médicaments ? Parce que dans bien de cas les TNM offrent de vrais bénéfices aux patients, notamment âgés. « Le bien-être et la préservation de l'autonomie de nos résidents représentent une préoccupation quotidienne. Déployer des TNM au sein d'une structure apporte des bienfaits immédiats pour prévenir*

l'altération des sens chez la personne âgée », détaille le docteur Mai Tran, médecin coordonnateur à la résidence médicalisée La Faïencerie à Sceaux (Hauts-de-Seine).

Les bienfaits sont aussi purement médicaux : « ces pratiques permettent de réduire la consommation de médicaments et ainsi de limiter le risque d'iatrogénie, c'est-à-dire l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments », ajoute-t-elle. »

Dans ma situation, Olivier a réussi à détendre cette patiente malgré les raideurs provoquer par sa pathologie de parkinson qui est très avancé. Cette séance à était bénéfique pour cette résidente, sur le plan de la prise en charge de la douleur mais aussi de l'accompagnement et de la bienveillance.

2.1.3. La relation de soin

Comment la relation de soin peut-elle aider dans la prise en charge de la douleur ?

Selon A. Manoukian et A. Massebeuf « *La relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* » et si l'on ajoute à cela des éléments tels que la douleur, la maladie, l'ethnicité, l'âge, le sexe, la personnalité, ainsi que les origines socio-économiques et culturelles la relation soignant/soigné prend une tout autre dimension.

« Les hommes ne réagissent pas de la même manière à une douleur identique. L'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à expliquer ces variations. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier. La douleur n'est pas simplement une sensation, mais une perception individuelle. » (F. Atallah, 2004)

La relation soignant/soigné est une dynamique essentielle et complexe dans le monde de la santé. Elle ne se limite pas simplement à une interaction transactionnelle où un professionnel fournit un traitement et le patient le reçoit. Il s'agit d'une interconnexion profonde, ancrée dans la communication, la compréhension mutuelle, l'empathie et la confiance. Cette relation joue un rôle déterminant dans la prise en charge de la douleur.

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est une expérience hautement subjective. Elle ne peut pas toujours être mesurée ou quantifiée de manière objective, ce qui rend la communication

et la compréhension entre le soignant et le soigné encore plus cruciales. Lorsqu'un patient se sent écouté, compris et soutenu, il est plus enclin à exprimer et à décrire avec précision ses symptômes, ce qui permet une évaluation et un traitement plus adaptés.

L'aspect humain de la relation soignant/soigné est également essentiel. L'empathie du professionnel de santé peut avoir un effet calmant et rassurant sur le patient, contribuant à atténuer le stress ou l'anxiété associés à la douleur. Cette réduction du stress peut, à son tour, influencer positivement la perception de la douleur par le patient.

D'un autre côté, une relation solide et basée sur la confiance encourage la compliance thérapeutique. Lorsque les patients croient en leurs soignants, ils sont plus susceptibles de suivre les recommandations et les traitements prescrits. De plus, dans une relation bien établie, le soignant est mieux placé pour éduquer le patient sur les stratégies d'autogestion et sur les moyens d'atténuer la douleur en dehors du cadre clinique.

De plus, il est important de noter que la douleur n'est pas seulement physique ; elle peut aussi avoir des composantes émotionnelles et psychologiques. Une relation soignant/soigné solide peut aider à identifier et à traiter ces composantes, offrant une approche holistique de la gestion de la douleur.

La relation soignant/soigné est une dimension fondamentale de la prise en charge de la douleur. Elle transcende la simple administration de traitements pour englober le bien-être émotionnel, psychologique et physique du patient, offrant une approche plus complète et plus humaine à la gestion de la douleur.

Dans le cas de ma situation d'appel, lorsqu'Olivier et moi entrons dans la chambre de Mme T., la véritable essence de la relation soignant-soigné commence à se dévoiler. Olivier établit une relation de confiance avec la patiente non pas par des mots, mais par des gestes doux et réconfortants, tels que prendre sa main et lui masser délicatement le cuir chevelu. La résidente, malgré son état avancé de maladie, semble apaisée et captivée par la manière dont Olivier l'aborde.

« La douleur peut être atténuée par une relation d'attention et d'humanité, qui complète la dimension technique des soins et contribue à les rendre acceptables et utiles »

(David Le Breton, 2012)

« Les soignants des services de soins palliatifs savent qu'une parole amicale ou une main sur un front, la présence au chevet de l'homme souffrant, sont les plus efficaces des antalgiques, même s'ils ne suffisent pas. La douleur est intime, certes, mais elle est aussi imprégnée de social, de culturel, de relationnel, elle est le fruit d'une éducation. Elle n'échappe pas au lien social. »

(Ibid.)

2.2. Question de départ

Au vu de mon questionnement, j'en arrive à cette question de départ :

« En quoi l'utilisation des médecines alternatives associées à la médecine conventionnelle peut-elle impacter la prise en charge de la douleur induite par les soins ? »

3. Cadre de référence

J'ai précédemment établi une problématique à partir de ma situation d'appel, ainsi qu'une question de recherche. À partir de cette problématique et de ma question initiale, je vais pouvoir élaborer mon cadre de référence en m'appuyant sur des théories, des concepts et des idées exprimées par des auteurs ou des philosophes qui ont abordé le sujet que je souhaite développer.

Définition du cadre de référence en soins infirmiers :

Un cadre de référence infirmier est un ensemble d'idées et de théories que vous utilisez pour structurer un sujet de mémoire. Dans le contexte d'un mémoire en soins infirmiers, le cadre conceptuel est la recherche de base qui vous aide à explorer et à mieux comprendre le sujet que vous avez choisi. Vous pouvez considérer le cadre conceptuel comme une carte.

Définition du site web expert mémoire (<https://www.expertmemoire.com/cadre-conceptuel-memoire-infirmier/>)

Dans le but d'approfondir la thématique de ma question de départ, je souhaite explorer les concepts suivants :

- La douleur,
- La douleur induite par les soins
- La médecine conventionnelle et les médecines alternatives.

3.1.La douleur

L'un des concepts clés de ma question initiale est de comprendre comment aborder les douleurs induites par les soins. Cependant, avant d'explorer ce sujet, il est essentiel de comprendre plus généralement ce qu'est la douleur. Il me semble donc important de parcourir plusieurs axes afin de mieux appréhender ma question de départ.

La prise en considération de la douleur nécessite une approche pluridisciplinaire impliquant divers professionnels de santé tels que les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les kinésithérapeutes, et bien d'autres.

3.1.1. Les définitions

Le dictionnaire Le Robert, définit la douleur ainsi, « 1. *Sensation physique pénible* → -algie. *Avoir une douleur à la tête* → mal ; souffrir. 2. *Sentiment ou émotion pénible résultant d'un manque, d'une peine, d'un évènement malheureux* → affliction, peine, chagrin ». (Le Robert de poche, 2020, p 220)

L'AISP et l'OMS, la définissent comme cela, « ***la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes*** ».

Elle est généralement décrite comme une sensation physique désagréable qui peut être aiguë ou chronique, localisée ou généralisée, et qui peut varier en intensité de légère à sévère. La douleur est souvent considérée comme un signal d'alarme du corps, indiquant qu'il y a un problème ou une blessure qui doit être traitée. Cependant, la douleur peut également être chronique, persistante et difficile à traiter, ce qui peut avoir un impact sur la qualité de vie et le bien-être émotionnel d'une personne.

En réalité, la douleur est un phénomène complexe qui implique à la fois des aspects physiologiques et psychologiques. La douleur peut être provoquée par une lésion tissulaire réelle ou potentielle, mais elle est également activée par des facteurs psychologiques tels que l'anxiété, le stress, la dépression et les attentes du patient. De plus, la douleur peut être ressentie de manière différente selon les individus, en fonction de leur sensibilité, de leur âge, de leur état de santé, de l'éducation, de leur culture et de leur expérience de vie.

En résumé, la douleur est un phénomène complexe qui implique des aspects physiologiques, psychologiques et sociaux, et qui peut être ressenti de différentes manières selon les personnes.

Il existe différent type de douleur :

- **Les douleurs par excès de nociception ou nociceptives** : ce sont des lésions des tissus périphérique (ex : fracture, brûlure...)
- **Les douleurs neuropathique ou neurogène** : lésion nerveuse ou dysfonctionnement du système nerveux périphérique (amputation, zona, hernie discale, ...) ou central (AVC, SEP, ...). Elles sont souvent méconnues, sous estimées et sous-traitées.

- **Les douleurs psychogènes ou psychophysiologiques :** Dysfonctionnement du psychisme pouvant modifier une douleur physique (se surajoute ou exacerbe une douleur nociceptive ou neuropathique) ou pouvant générer des symptômes douloureux (dépression, hystérie, hypochondriaque...).
- **Les douleurs centralisées ou nociplastiques :** Définies plus récemment, elles sont liées à des altérations de la nociception (c'est-à-dire du système de détection de la douleur) dans lesquelles aucune lésion n'est retrouvée. Elles pourraient reposer sur une modification des systèmes de contrôle et de modulation de la douleur.

3.1.2. Différence entre la douleur et la souffrance

Ils sont souvent employés dans le milieu de la santé mais aussi dans notre quotidien. C'est pour cette raison que je pense qu'il est important de les différencier car les deux concepts sont similaires.

Selon Claude Cloës dans la revue française de psychanalyse : « *Nous envisageons ainsi que la souffrance accompagne l'individu sa vie durant et recèle un caractère durable. Pour sa part, la douleur en raison de sa soudaineté implique un rapport au temps différent : elle est une manifestation plus spontanée, plus irruptive mais pour autant est-elle forcément éphémère ? Dans cette optique, la douleur est-elle le préalable à la souffrance et la souffrance est-elle une douleur qui s'étirerait dans la durée ? [...] À leur manière, douleur et souffrance participent à la construction de la subjectivité ; elles permettent d'inscrire le sujet dans l'ordre du monde symboliquement découpé et elles viennent ponctuer ou accompagner le sujet sa vie durant. [...] Le temps tel que nous l'envisageons désigne la durée des choses qui possèdent la caractéristique de débiter et de s'achever. Ainsi, en admettant que la nature de l'homme se fonde sur la dimension temporelle, la souffrance et la douleur peuvent être envisagées selon cette dimension. Vouloir saisir les deux manifestations de manière isolée sans les inclure dans la dimension temporelle serait une erreur, tant cette dimension leur est essentielle ».* Claude Cloës, distingue la souffrance de la douleur en se basant sur un concept de temporalité.

Alors que l'auteur David Le Breton, le définit ainsi : « *la douleur est un concept médical et la souffrance un concept du sujet qui la ressent. La souffrance ne se mesure pas, elle est subjective. Pour d'autres, la douleur physique concerne le corps tandis que la souffrance psychique concerne l'âme ou l'esprit* ».

Au cours de ma carrière en tant que soignante, j'ai eu l'occasion de rencontrer à la fois la douleur et la souffrance, et il a été difficile de les différencier. Le concept de Claude Cloës sur la différence de temporalité entre la douleur et la souffrance me rappelle le cas d'un patient qui souffrait d'arthrose chronique, éprouvant des douleurs ponctuelles qui entravent ses mouvements, mais qui ressentait une souffrance quotidienne liée à sa condition physique.

Le concept de Louis Le Breton suggère que la douleur est un aspect médical, qui nous amène en tant que soignants à pouvoir évaluer la douleur grâce à des outils appropriés. En revanche, la souffrance est davantage un concept subjectif, propre à chaque individu qui la ressent, et ne peut être évaluée avec précision pour chaque personne.

En résumé, la douleur est une expérience physique spécifique et désagréable, tandis que la souffrance est une expérience plus large qui englobe des aspects physiques, émotionnels et psychologiques, souvent liés à des circonstances difficiles ou traumatisantes.

"La douleur et la souffrance sont comme les nuages : elles viennent et elles s'en vont. Mais pendant qu'elles sont là, nous pouvons apprendre à danser sous la pluie." - Auteur inconnu

3.1.3. L'histoire

L'histoire de la douleur remonte depuis que l'homme existe. Depuis que les êtres humains ont acquis la capacité de ressentir et de communiquer leurs sensations, la douleur a été une expérience universelle et inévitable.

Dans les temps anciens, la douleur était souvent perçue comme un châtime divin ou une conséquence inévitable de la maladie et des blessures. Les civilisations antiques utilisaient diverses méthodes pour tenter de soulager la douleur, notamment des potions à base de plantes et des rituels spirituels.

Au fil du temps, la compréhension de la douleur a évolué. Au 17^e siècle, le philosophe français René Descartes (mathématicien et philosophe) a proposé une théorie selon laquelle la douleur était le résultat d'une interaction entre des stimuli externes et des signaux nerveux transmis au cerveau.

Au 19e siècle, des avancées majeures ont été réalisées dans la compréhension de la physiologie de la douleur. Des chercheurs ont découvert que les nerfs sensoriels transmettaient des signaux de douleur au cerveau.

Le développement de l'anesthésie au 19e siècle a également marqué un tournant majeur dans la gestion de la douleur. Des techniques d'anesthésie locales et générales ont été développées, permettant d'atténuer la douleur pendant les procédures chirurgicales et les accouchements.

Au cours du 20e siècle, la recherche sur la douleur s'est intensifiée. Des avancées scientifiques ont permis de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents de la douleur, notamment le rôle des neurotransmetteurs et des voies nerveuses spécifiques.

La prise en charge de la douleur est devenue une préoccupation majeure dans les domaines médical et de la santé. Des médicaments analgésiques plus efficaces ont été développés, des approches non pharmacologiques telles que la physiothérapie, la psychothérapie et les techniques de relaxation ont été intégrées dans la prise en charge de la douleur.

Aujourd'hui, la douleur est reconnue comme un problème de santé à part entière, et la recherche continue d'approfondir notre compréhension de ses mécanismes et de développer de nouvelles stratégies pour la prévenir et la soulager. La prise en charge de la douleur est considérée comme un droit fondamental des patients, et des efforts sont déployés pour garantir un accès adéquat aux soins et aux traitements pour tous ceux qui en ont besoin.

3.1.4. Cadre législatif

Début d'une loi contre la douleur dans le code de la santé publique du 4 février 1995 qui stipule :

Code de la santé publique : Art. L. 710-3-1. - Les établissements de santé mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11. (français g. , 1995)

Loi qui oblige les établissements de santé à préciser dans leur projet d'établissement, d'utilisées toutes les ressources nécessaires pour gérer la douleur.

Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

Code de la santé publique : Art. L. 1110-5. - « 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. »

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. » (français g. , legifrance, 2002)

Charte de la personne hospitalisée", a été mise en place en France en 2002. Elle a été créée dans le cadre de la Loi Kouchner, qui a été promulguée le 4 mars 2002. Cette charte établit les droits fondamentaux des patients hospitalisés en France, y compris le droit à l'information, le droit au respect de la dignité et de la vie privée, le droit de consentement libre et (Hentz, 2009) (Cynthia, s.d.) (Piquard, 2019) éclairé et le droit à la prise en charge de la douleur, entre autres. Elle vise à garantir que les patients reçoivent des soins de qualité et qu'ils sont traités avec respect et dignité tout au long de leur hospitalisation. (Cf. Annexes I p.II)

Code de la santé publique :

Article R4311-2 :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou 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, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. (Français g., legifrance.gouv.fr, 2004)

Programme de lutte anti-douleur :

→ **Le premier programme national de lutte contre la douleur (1998-2000) :**

Afin d'améliorer la prise en compte et le soulagement de la douleur, un premier programme d'actions a été initié par Monsieur Bernard Kouchner, dès 1998. Ce programme qui s'inscrit dans la politique d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux malades s'est articulé autour de 3 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*
- l'information et la formation des professionnels de santé notamment pour mieux évaluer et traiter la douleur*

La philosophie de ce programme pouvait se résumer ainsi : La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé. (Dr Daniel Annequin, 2002-2005)

→ Deuxième programme national de la lutte contre la douleur (2002-2005) :

*« Pour soutenir les efforts engagés, un deuxième plan quadriennal (2002-2005) a été mis en place. Ce plan a inscrit à nouveau l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique comme prioritaire. Par ailleurs, trois orientations nouvelles ont été développées : **la douleur provoquée par les soins** et la chirurgie, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la douleur chronique, la formation des professionnels de santé en incitant les établissements de santé à s'engager dans un programme de lutte contre la douleur. » (français g. , sante.gouv.fr, 2015)*

Le décret précise que tout infirmier (hospitalier et libéral) : (santé, 2009)

- Évalue la douleur dans le cadre de son rôle propre (article 2, 5°),*
- Est habilitée à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques selon des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (article 7),*
- Peut sur prescription médicale, injecter des médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intra-thécaux ou placés à proximité d'un tronc ou plexus nerveux (article 8).*

→ Le troisième programme national de lutte contre la douleur (2006-2010) :

Dans le cadre de ce plan, 4 priorités ont été définies (Solidarités, 2006 - 2010) :

- *la structuration de la filière de soins ;*
- ***l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables** notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie ;*
- *la formation initiale et continue des professionnels de santé ;*
- *une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et **des méthodes non pharmacologiques.***

Différents plans contre la douleur ont été mis en place depuis 1998.

Celui-ci parle des douleurs induites :

2 second Plan de lutte contre la douleur 2002-2005 *Prise en charge des douleurs induites, les lombalgies, les céphalées chroniques et les migraines, les douleurs cancéreuses, la douleur de l'enfant et la souffrance en fin de vie.*

Cinq objectifs :

- *1 - Associer les usagers par une meilleure information*
- *2 - Améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées*
- *3 - Améliorer l'information et la formation des personnels de santé*
- *4 - Amener les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur*
- *5 - Renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée*

3^{ème} Plan de lutte contre la douleur 2006-2010

Axes d'amélioration du plan

3.1.5. La durée

La durée d'une douleur peut varier considérablement en fonction de plusieurs facteurs, tels que la cause de la douleur, la gravité de la condition sous-jacente, la réponse au traitement et les caractéristiques individuelles du patient.

Certaines douleurs aiguës sont de courte durée et peuvent durer quelques minutes, heures, jours ou semaines, en fonction de la nature de la blessure ou de la procédure médicale.

D'autre part, la douleur chronique est définie comme une douleur persistante qui dure généralement plus de trois à six mois, voire plus longtemps. Les causes de la douleur chronique peuvent être variées, allant de maladies chroniques telles que l'arthrite, la fibromyalgie ou les troubles neurologiques, à des lésions nerveuses ou des affections dégénératives.

La douleur peut également être intermittente, c'est-à-dire qu'elle peut apparaître et disparaître à différents moments de la journée ou de la semaine.

Il est important de traiter la douleur dès qu'elle se manifeste, car une douleur non traitée peut devenir chronique et avoir un impact sur la qualité de vie et le bien-être émotionnel d'une personne.

3.1.6. Évaluation de la douleur

3.1.6.1. Définition

L'évaluation de la douleur est un processus clinique visant à mesurer et à comprendre la douleur ressentie par un individu. La douleur est une expérience subjective, ce qui signifie qu'elle est perçue différemment d'une personne à l'autre, et il n'existe pas de moyen direct de la mesurer de manière objective. Par conséquent, l'évaluation de la douleur repose principalement sur la communication du patient et sur l'observation clinique.

L'évaluation de la douleur est essentielle pour les professionnels de la santé car elle permet de déterminer la sévérité de la douleur, d'identifier les causes sous-jacentes, de planifier les traitements appropriés et de suivre l'efficacité de ces traitements dans le temps.

3.1.6.2. Les outils d'évaluation

L'évaluation de la douleur est essentielle en médecine pour diagnostiquer, traiter et suivre l'évolution des patients. Elle est l'affaire de tous les professionnels de santé.

Elle doit être adaptée au patient, à son état de communication et de compréhension.

Plusieurs échelles d'évaluation de la douleur ont été développées pour répondre à ce besoin.

Voici quelques-unes des plus utilisées : (Cf. Annexe II p.III à VI)

1. Échelle Visuelle Analogique (EVA) :

- **Définition** : Il s'agit d'une ligne droite de 10 cm dont l'extrémité gauche indique "pas de douleur" et l'extrémité droite "douleur maximale imaginable". Le patient est invité à marquer un point sur la ligne correspondant à son niveau de douleur.
- **Avantages** : Simple et rapide ; largement utilisé en recherche et en pratique clinique.
- **Inconvénients** : subjectivité ; peut être difficile pour certains patients à comprendre ou à utiliser, notamment les enfants ou les personnes âgées.

2. Échelle Verbale Simple (EVS) :

- **Définition** : Elle demande au patient de décrire sa douleur en utilisant des termes tels que "aucune", "légère", "modérée", "intense".
- **Avantages** : Simple et rapide ; facile à comprendre.
- **Inconvénients** : Manque de précision ; subjectivité.

3. Échelle Numérique (EN) :

- **Définition** : Elle demande au patient de classer sa douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 est "pas de douleur" et 10 est "la pire douleur imaginable".
- **Avantages** : Simple ; permet une quantification ; largement utilisé.
- **Inconvénients** : Peut ne pas être adapté pour les enfants ou ceux qui ont du mal avec les concepts numériques.

4. Échelles de douleur pour les enfants :

- **Exemple : Échelle de visages de Wong-Baker :**

- **Définition :** Utiliser des dessins de visages allant d'un sourire (pas de douleur) à un visage en pleurs (douleur très intense).
- **Avantages :** Adaptée aux enfants qui peuvent avoir du mal à verbaliser leur douleur.
- **Inconvénients :** subjectivité ; moins précise que d'autres échelles.

5. **Échelle d'évaluation comportementale :**

- **Définition :** Basée sur l'observation des comportements du patient (grimaces, agitation, pleurs, etc.) pour évaluation de la douleur, particulièrement utilisée pour les patients non communicatifs.
- **Avantages :** Utile pour les patients qui ne peuvent pas verbaliser leur douleur, tels que les nourrissons, les personnes âgées atteintes de démence, ou les patients intubés.
- **Inconvénients :** Peut-être subjectif ; nécessite une formation pour une utilisation appropriée.

6. **Échelles multidimensionnelles :**

- **Définition :** Évaluer différents aspects de la douleur, tels que l'intensité, la localisation, la durée et la nature (lancinante, brûlante, etc.).
- **Avantages :** Offre une vue plus complète de la douleur du patient.
- **Inconvénients :** Plus long à administrer ; peut-être plus complexe à interpréter.

7. **TILT :**

- **Temporalité :** Cela fait référence à la durée et à la fréquence des symptômes. La douleur est-elle constante ou intermittente ? Est-ce qu'elle survient à des moments spécifiques de la journée ou après certaines activités ? La temporalité peut aider à déterminer les causes possibles ainsi que l'évolution de la condition.
- **Intensité :** Cela décrit la force du symptôme, comme la douleur, sur une échelle. Par exemple, une douleur peut être évaluée sur une échelle de 1 à 10, où 1 est

très légère et 10 est extrême. Comprendre l'intensité de la douleur peut aider à déterminer sa gravité et la façon dont elle affecte la qualité de vie de l'individu.

- **Localisation** : Cela fait référence à l'endroit du corps où les symptômes sont ressentis. La localisation de la douleur peut être un indicateur critique de la condition sous-jacente. Par exemple, une douleur dans le bras gauche peut être un signe de crise cardiaque, tandis qu'une douleur dans le bas du dos peut indiquer un problème lié aux muscles ou à la colonne vertébrale.
- **Types** : Cela décrit la nature des symptômes. Par exemple, la douleur peut être pulsatile, lancinante, brûlante, aiguë, sourde, etc. Elle peut aussi être associée à d'autres sensations comme des picotements ou un engourdissement. Le type de douleur peut donner des indices sur les causes probables et aider à guider le traitement.

L'évaluation de la douleur est subjective et dépend de l'individu. L'outil idéal dépend du patient, de sa situation et de l'objectif de l'évaluation. Il est souvent utile de combiner plusieurs méthodes pour obtenir une évaluation complète.

Il est nécessaire de réévaluer la douleur à chaque soin, après le soin et de transcrire les résultats sur le dossier de soins.

3.1.7. Traitement de la douleur

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel. Il existe plusieurs types de douleur, et le traitement optimal dépend du type et de la cause de la douleur. Voici un aperçu des différentes catégories de douleur et de leurs traitements :

Douleur nociceptive : Elle est causée par un dommage tissulaire réel ou potentiel (par exemple, une coupure ou une fracture). Elle est généralement bien localisée, aiguë et lancinante ou douloureuse.

Les paliers des antalgiques font référence à un système à trois niveaux établis par l'Organisation Mondiale de la Santé pour traiter la douleur, notamment la douleur cancéreuse.

Palier 1 : Douleur légère à modérée

- **Antalgiques non opioïdes :**

- Paracétamol
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), comme l'ibuprofène.

Palier 2 : Douleur modérée à sévère

- **Antalgiques opioïdes faibles :**

- Codéine
- Tramadol

Palier 3 : Douleur sévère

- **Antalgiques opioïdes forts :**

- Morphine
- Fentanyl
- Oxycodone
- Hydromorphone

Douleur neuropathique : Elle est causée par des lésions ou une maladie du système nerveux.

- Traitements :

- Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, nortriptyline)
- Antiépileptiques (gabapentine, prégabaline)
- Lidocaïne topique ou patchs de capsaïcine
- Opioïdes pour certaines douleurs neuropathiques sévères.

Douleurs psychogènes : Ces douleurs sont influencées par des facteurs psychologiques et ne proviennent pas d'une lésion tissulaire ou nerveuse. Elles sont souvent complexes et peuvent être difficiles à traiter.

- Traitements :

- Psychothérapie, en particulier thérapie cognitivo-comportementale
- Médicaments pour traiter d'éventuels troubles concomitants (comme les antidépresseurs).

Douleurs psychophysiologiques : Elles sont causées par une tension physique ou émotionnelle.

- Traitements :

- Relaxation et techniques de gestion du stress
- Physiothérapie
- Psychothérapie.

Douleur nociplastique ou centralisée : Elle est due à des anomalies de la centralisation et de la modulation de la douleur par le système nerveux central. La fibromyalgie est un exemple de douleur nociplastique.

- Traitements :

- Exercices et activités physiques
- Thérapies cognitivo-comportementales
- Médicaments comme les antidépresseurs et les antiépileptiques.

Chaque type de douleur nécessite une approche individualisée pour le traitement. Dans de nombreux cas, une combinaison de médicaments, de thérapies et de modifications du mode de vie est nécessaire pour gérer la douleur de manière efficace. Il est important de consulter un professionnel de santé pour évaluer et traiter correctement la douleur.

CLUD :

Les Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) ont été institués en France dans les années 1990. Leur création a été encouragée en réponse à une prise de conscience croissante de la nécessité d'améliorer la prise en charge de la douleur dans les établissements de santé. Cependant, c'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, souvent appelée loi Kouchner, qui a véritablement ancré la reconnaissance de la prise en charge de la douleur comme un droit fondamental du patient en France.

Cette loi a non seulement souligné l'importance de traiter la douleur, mais a aussi renforcé le rôle et la responsabilité des établissements de santé dans l'évaluation et le traitement de la douleur des patients. En conséquence, les CLUD ont acquis une importance accrue en tant que structures clés pour la mise en œuvre des stratégies de gestion de la douleur dans les hôpitaux et autres établissements de soins.

Les CLUD, depuis leur création, sont chargés de plusieurs missions, dont :

1. La promotion des bonnes pratiques pour la prise en charge de la douleur.
2. La formation et l'éducation continue des professionnels de santé.
3. Le développement et la mise en œuvre de protocoles de traitement de la douleur.
4. L'évaluation et l'amélioration continues des pratiques de gestion de la douleur.

Leur rôle a évolué et s'est renforcé avec le temps, en particulier avec la mise en place de différents plans de santé publique visant à améliorer la prise en charge de la douleur, et ils continuent d'être un élément essentiel de la stratégie de soins de santé en France.

3.2. Douleur induite par les soins

3.2.1. Définitions

La douleur induite par les soins fait référence à la douleur ou à l'inconfort ressentis par un patient lors de l'administration de soins médicaux ou infirmiers. Il peut s'agir de procédures invasives telles que les injections, les prises de sang, les ponctions, les cathétérismes, les sutures, les examens radiologiques, les soins de plaies, etc. La douleur induite par les soins peut être aiguë ou chronique, et peut varier en intensité selon les patients et les procédures. Elle est souvent considérée comme une complication évitable et peut être prévenue ou traitée à l'aide de diverses stratégies, telles que l'utilisation de techniques d'anesthésie locale, de médicaments analgésiques ou de méthodes non pharmacologiques comme la distraction, la relaxation, etc...

La revue de l'infirmière définit la douleur induite par les soins ainsi : « *La douleur induite par les soins est une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisible et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées* ».

Il existe plusieurs termes sur la douleur générée par les soins, qui peuvent se confondre, selon un article du HAL dumas : « *Concernant la douleur générée par les soins, plusieurs termes existent et sont utilisés pour la définir. Certains auteurs parlent de « douleur provoquée* »,

d'autres de « douleur induite » et d'autres encore de « douleur iatrogène ». Face à ce flou linguistique, il est important de définir chacune de ces expressions pour mieux comprendre [...]

*- « **Douleur provoquée** » : se dit d'une douleur intentionnellement provoquée par le médecin ou le soignant dans le but d'apporter des informations utiles à la compréhension de la douleur.*

*- « **Douleur iatrogène** » : se dit d'une douleur causée par le médecin ou son traitement de façon non intentionnelle et n'ayant pu être réduite par les mesures de prévention entreprises.*

*- « **Douleur induite** » ou « **Douleur procédurale** » : se dit d'une douleur, de courte durée, causée par le médecin où une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisibles et susceptibles d'être prévenues par des mesures adaptées ».*

3.2.2. Outils et réflexivité soignante

Il est essentiel que chaque professionnel de santé assure le bon déroulement de chaque intervention qu'il effectue, car chaque parcours de soin ou prise en soin de chaque patient est différente. Ils doivent constamment évaluer leur pratique, rester informés des avancées et se former aux nouvelles procédures pouvant atténuer la douleur des patients. Comme mentionné précédemment, la douleur causée par les soins est prévisible, ce qui implique la nécessité pour le soignant d'être organisé et réflexif avant de pratiquer chaque soin. Il est déjà possible, grâce à des méthodes simples à mettre en œuvre, de minimiser la douleur provoquée par les soins, comme l'a souligné le Réseau Régional de la Douleur de Basse Normandie (RRDBN) dans son article :

RECOMMANDATIONS COMMUNES POUR TOUS LES SOINS POTENTIELLEMENT DOULOUREUX :

- *S'interroger sur les habitudes du service et la systématisation des soins (=analyse des pratiques)*
- *S'interroger sur les indications du geste potentiellement douloureux*
- *Informar la personne soignée et l'entourage familial*
- *Regrouper les soins pour mettre en place une antalgie préventive, suffisante et adaptée*

- *Être à l'écoute de la personne soignée = rechercher sa coopération, respecter ses choix, favoriser la récupération si plusieurs gestes associés*
- *Penser (anticiper) la réalisation du geste*
- *Matériel adapté (au patient et à l'indication)*
- *Environnement organisé (ergonomie, ambiance sereine...)*
- *Installation confortable du patient et du soignant*
- *Maitriser ce geste (savoir passer la main)*
- *Evaluer le geste (évaluer la douleur, transmettre et réajuster)*

Un outil enseigné lors des études d'infirmières, la règle E.C.O.R.S.E.T., permet aux soignants d'être en phase régulièrement sur la pertinence des soins. Cette règle garantit la qualité des soins pratiqués par le soignant du tout en considérant l'environnement global et les différentes dimensions de la prise en soin du patient, surtout en ce qui concerne la douleur, l'évaluation de celle-ci pendant toutes les étapes du soin et l'évaluation des pratiques professionnelles de l'infirmière :

- E = Efficacité
- C = Confort
- O = Organisation
- R = Responsabilité
- S = Sécurité
- E = Economie
- T = Transmissions

3.3. Les différentes médecines

Les médecines conventionnelles et non conventionnelles sont deux approches distinctes de la santé et du traitement des maladies.

« Quand la première cherche à expliquer, la seconde s'intéresse à l'inexplicable. Lorsque l'une s'attarde sur les conséquences, l'autre étudie les causes... A elles deux, les médecines conventionnelles et non conventionnelles assurent une vision plus qu'exhaustive de la situation de santé et de bien-être d'un individu.

On peut ainsi dire, que l'une et l'autre sont complémentaires et peuvent accompagner chaque personne en fonction des soins dont elle a besoin ».

3.3.1. La médecine conventionnelle

3.3.1.1. Définition

« C'est la médecine classique dans les pays occidentaux, enseignée dans les facultés de médecine. Elle repose sur des bases physiologiques irréfutables car validées scientifiquement. C'est elle qui est exercée majoritairement par les médecins français, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. »

La médecine conventionnelle, également appelée médecine allopathique, biomédicale ou occidentale, désigne le système médical basé sur l'application de principes scientifiques et empiriques pour diagnostiquer, traiter et prévenir les maladies. Elle est pratiquée par des professionnels de la santé ayant reçu une formation formelle et est généralement dispensée dans des hôpitaux, des cliniques et d'autres établissements de santé. Voici une définition plus détaillée et certaines caractéristiques de la médecine conventionnelle :

1. **Fondement scientifique :** La médecine conventionnelle est basée sur des preuves scientifiques obtenues grâce à des études cliniques, des expériences et de la recherche. Elle repose sur une compréhension approfondie de la biologie, de la chimie, de la physique et d'autres sciences pour expliquer la pathologie et guider le traitement.
2. **Diagnostic :** Dans la médecine conventionnelle, le diagnostic est souvent posé à l'aide de tests et d'examens tels que les analyses de sang, la radiologie, l'endoscopie, etc. Ces outils fournissent les médecins à identifier la cause exacte des symptômes et à déterminer le traitement approprié.
3. **Traitement :** Les traitements en médecine conventionnelle peuvent inclure des médicaments, des chirurgies, de la radiothérapie, de la physiothérapie, et d'autres interventions. Ces traitements sont souvent le résultat de nombreuses années de recherche et d'essais cliniques.

4. **Prévention** : La médecine conventionnelle met également l'accent sur la prévention des maladies grâce à des méthodes telles que la vaccination, les examens réguliers, les conseils sur le mode de vie, etc.
5. **Limites** : Bien que la médecine conventionnelle soit efficace pour de nombreuses affections, elle peut ne pas avoir de réponse pour toutes les conditions ou tous les patients. De plus, elle peut parfois produire des effets secondaires ou ne pas prendre en compte l'individu dans sa globalité.
6. **Contraste avec d'autres formes de médecine** : La médecine conventionnelle est souvent contrastée avec les médecines complémentaires et alternatives (MCA), qui englobent une variété de pratiques, d'approches et de thérapies qui ne sont généralement pas considérées comme faisant partie de la médecine conventionnelle. Cependant, dans de nombreux cas, les MCA peuvent être utilisés en complément de la médecine conventionnelle, d'où le terme « médecine intégrative ».

En conclusion, la médecine conventionnelle est un système médical rigoureux et fondé sur des preuves scientifiques. Elle a transformé la santé publique et augmenté l'espérance de vie dans de nombreux pays. Cependant, comme tout système, elle a ses limites et est donc souvent utilisée en combinaison avec d'autres approches pour offrir des soins holistiques aux patients.

3.3.2. Les médecines alternatives

3.3.2.1. Définition

Selon l'article HAL : « *Plusieurs définitions ont été apportées pour comprendre et identifier l'utilisation de ces médecines. Il faut distinguer les médecines complémentaires qui sont utilisées en complément des médecines traditionnelles, les médecines alternatives qui sont prises en dehors des traitements conventionnels, et les médecines parallèles qui regroupent les médecines complémentaires et alternatives. Le National Institute of Health des Etats-Unis a essayé de classer ces médecines complémentaires non conventionnelles en cinq grandes catégories :*

- Les systèmes médicaux complets (homéopathie, naturopathie, médecine traditionnelle chinoise par les plantes et l'acupuncture, médecine ayurvédique, médecine anthroposophique) ;
- Les thérapies à fondement biologique (phytothérapie, le beljanski, thérapie nutritionnelle) ;
- Les thérapies physiques (ostéopathie, chiropraxie) ;
- Les thérapies énergétiques (technique de psychothérapie, de relaxation, massage, réflexologie, magnétiseurs, guérisseurs) ;
- Les interventions corps-esprit (thérapie cognitivo-comportementale, yoga, sophrologie, hypnose) ».

3.3.2.2. Les différents types de médecine alternatives

❖ Hypnose

⇒ **Une définition du Dr Jean-Marc Benhaiem centrée sur la relation et la douleur :**

« L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique » (Saint-Joseph, 2023)

⇒ **Historique** (synthétisé par moi-même de l'ouvrage : Des prémisses de l'hypnose à l'hypnose du XXI^e siècle, Hypnose en soins infirmiers : En 30 notions, pp. 39-50, BARBIER Élisabeth, ETIENNE Rémi) :

- L'hypnose est une discipline en constante évolution, qui a toujours suscité fascination et questionnement sur son fonctionnement et ses effets. Ses origines remontent à l'Antiquité, avec des techniques de transe similaires à l'hypnose moderne.
- Au XVIII^e siècle, Franz Anton Mesmer a développé l'hypnose traditionnelle en introduisant la notion de fluide magnétique animal pour expliquer les guérisons. Il utilisait des passes magnétiques pour induire des états de transe, appelés "crises magnétiques".
- Cependant, Mesmer a été discrédité par des commissions mandatées par Louis XVI, qui ont rejeté sa théorie du magnétisme animal.
- Plus tard, le marquis Chastenet de Puységur a observé l'endormissement immédiat de certains patients, introduisant ainsi le concept de "sommambulisme magnétique". D'autres

médecins comme James Braid ont adopté des approches différentes de l'hypnose, assimilant les états hypnotiques à des phénomènes naturels.

- Jean-Martin Charcot a étudié l'hypnose dans le traitement de l'hystérie, tandis qu'Hippolyte Bernheim a considéré l'hypnose comme un phénomène normal dû à la suggestion.
- Sigmund Freud a également été influencé par l'hypnose dans le développement de ses théories psychanalytiques.
- Jusqu'au milieu du XXe siècle, l'hypnose était souvent pratiquée de manière directive par les médecins.
- La véritable évolution de l'hypnose moderne a été initiée par Milton Erickson, qui a privilégié une communication centrée sur les ressources du patient, utilisant des suggestions indirectes et des métaphores pour contourner les résistances psychiques.
- Les années 1990 ont marqué un tournant majeur pour l'hypnose, avec des avancées scientifiques dans la compréhension de l'état hypnotique grâce à l'imagerie cérébrale. **Des chercheurs comme Pierre Rainville ont démontré l'effet de l'hypnose sur la douleur.**
- Marie-Elisabeth Faymonville a introduit l'hypnosédation en chirurgie, combinant l'hypnose à une sédation consciente.
- Enfin, les travaux de Stanislas Dehaene ont permis de mieux comprendre la conscience et l'hypnose en tant que thérapie d'activation globale de la conscience.
- Ainsi, l'hypnose a évolué au fil de l'histoire, passant de pratiques anciennes à une discipline moderne soutenue par des avancées scientifiques.

⇒ **Pratique infirmière de l'hypnose contre la douleur :**

L'utilisation de l'hypnose dans le domaine de la santé gagne en importance et de plus en plus d'infirmières sont sensibilisées ou formées à ses différentes utilisations. L'hypnose trouve sa place dans diverses spécialités médicales, notamment en psychiatrie et/ou dans les soins généraux. Elle s'avère également utile dans des soins infirmiers non invasifs, tels que l'assistance à la toilette, la mobilisation des patients, le changement de pansements, ainsi que pour apaiser l'anxiété et l'angoisse, notamment en gériatrie, en soins palliatifs, en pédiatrie et en oncologie. De plus, elle peut être employée lors de procédures médicales plus invasives, telles que la pose de voies veineuses périphériques, lors de l'exécution d'une ponction lombaire, la pose de sonde naso-gastrique, des biopsies ou encore les sutures.

Comme il a été expliqué précédemment, l'hypnose représente un outil supplémentaire à la disposition des professionnels de la santé, tout comme la relation d'aide et d'autres approches similaires. C'est maintenant aux infirmières et infirmiers de prendre cette pratique en main et de l'incorporer de manière optimale dans leur pratique quotidienne.

❖ Sophrologie

⇒ **Définition** (Nathalie B. , 2020) :

Le mot « sophrologie » vient du grec sos, que l'on peut traduire par « sain », « harmonie », phren, par « esprit », « conscience » et logos, par « étude », « discours ». Ainsi, la sophrologie se veut comme l'étude de l'harmonie de l'esprit ou l'étude de l'esprit en harmonie. Elle se propose d'étudier la conscience humaine dans le but d'atteindre un certain niveau d'harmonie ; en cela elle possède un versant éducatif, un versant prophylactique et un versant thérapeutique.

Cela concerne aussi bien des séances de bien-être, de gestion du stress, de gestion de problèmes de la vie quotidienne (personnelle ou professionnelle) que des séances liées à des problèmes de santé et à des troubles somatiques ou psychiques.

⇒ **Historique** (synthétisé par moi-même du site internet : Histoire de la sophrologie, <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/histoire-sophrologie/>) :

L'histoire de la sophrologie commence en 1960 lorsque le neuropsychiatre Alfonso Caycedo crée le terme "sophrologie". Initialement, il désignait les techniques d'hypnose utilisées en milieu hospitalier pour aider les patients à prendre conscience de leurs états.

De 1960 à 1970, la sophrologie se développe en intégrant diverses techniques telles que la pensée positive, la relaxation musculaire, la relaxation par la suggestion, la phénoménologie, le yoga et la méditation. Elle se structure en trois degrés de la "Relaxation Dynamique" visant à améliorer la concentration, renforcer l'image de soi et initier à la méditation.

De 1970 à 1980, la sophrologie gagne en reconnaissance internationale avec le premier congrès mondial de la Sophrologie à Barcelone en 1970. Elle commence à se répandre auprès du grand public en France, sortant du cadre médical. En 1977, la "sophrologie sociale" voit le jour, devenant plus accessible et préventive.

De 1980 à 1988, la sophrologie se développe davantage, trouvant des applications dans la préparation mentale sportive et la promotion de la santé. Un quatrième degré est ajouté en 1985, mettant l'accent sur les valeurs individuelles.

En 1988, Alfonso Caycedo sépare la sophrologie en deux courants : la sophrologie caycédienne à visée philosophique et spirituelle, et la sophrologie non-caycédienne à visée thérapeutique. Cette division conduit à l'introduction de huit degrés supplémentaires dans la sophrologie caycédienne.

Depuis 1988, la sophrologie continue de se développer et trouve de nouvelles applications dans la gestion du stress, la préparation mentale, l'accompagnement médical, la gestion des phobies, des addictions, de la douleur et l'amélioration de la concentration. Elle est pratiquée par divers professionnels et dans divers contextes, de cabinets à des lieux publics tels que les entreprises, les écoles et les hôpitaux. La sophrologie, qui a maintenant 50 ans, est reconnue pour son efficacité et fait partie intégrante de la vie quotidienne de nombreuses personnes.

⇒ **Pratique infirmière de la sophrologie contre la douleur** (Nathalie H. , 2017) :

Les différentes techniques de sophrologie à condition que l'infirmier soit formé à ces méthodes, entrent dans le cadre de la prise en charge de la douleur, de la détresse psychique et spirituelle, ne sont pas des actes médicaux et ne nécessitent pas de prescription. Elles procèdent du rôle propre de l'infirmier.

La sophrologie, tout comme l'hypnose, entre à l'hôpital, même s'il existe encore quelques résistances. Dans ce cadre elle peut venir en soutien des techniques classiques de soins. La sophrologie vient compléter l'offre de soins, mais de plus, elle s'inscrit complètement dans la démarche selon laquelle le patient est considéré dans sa totalité, estimé acteur du soin, associé aux décisions thérapeutiques le concernant. Du point de vue du soignant, elle l'enrichit en renforçant la relation d'aide dans une approche psychocorporelle.

Elle n'est pas une médecine parallèle et ne remplace aucunement les thérapeutiques dispensées.

La perspective pour les patients qui doivent recevoir des soins médicaux et infirmiers est souvent teintée de peurs, d'appréhension, de stress et d'angoisse. De leur côté, les infirmiers ont des actes techniques à effectuer qui induisent fréquemment des douleurs ou de l'inconfort et dans le même temps, ils doivent rester disponibles et à l'écoute de leur patient.

« Lorsque le lien est créé, ces méthodes vont avoir un intérêt par rapport au stress et aux angoisses du patient et par rapport à la douleur induite par les soins. »

❖ **RESC**

⇒ **Définition** (Fouchier, définition, s.d.) :

La Résonance Sous Cutanée ou RESC est une écoute cutanée subtile, entre deux points mis en résonance, des messages de nature vibratoire et ondulatoire perçus dans l'espace liquidien et tissulaire du corps (parallèles théoriques avec les lois océanographiques) afin d'en évaluer la fluidité et de la rétablir si nécessaire. Elle emprunte pour cela la cartographie des trajets et des points décrits dans la médecine chinoise ainsi que certaines de ses observations physiologiques. Elle accompagne ainsi le patient vers un ressenti d'apaisement, quelle que soit la pathologie et sans se substituer au traitement médical.

⇒ **Historique** (Fouchier, RESC résonance sous cutané, s.d.) :

Concepteur : Patrick Fouchier

Kinésithérapeute, diplômé du Centre d'Enseignement et de Diffusion de l'Acupuncture Traditionnelle (CEDAT) du Docteur Nguyen Van Nghi, Marseille, Patrick Fouchier a développé ces trente dernières années une approche originale non invasive basée sur une écoute digitale au niveau des points des méridiens énergétiques et l'action à distance par stimulation superficielle douce, le contact-écoute, qui induit l'émission d'ondes de résonance.

D'abord introduite à la Timone en oncologie pédiatrique grâce à l'impulsion du Pr Jean Louis BERNARD, elle visait à compléter les antalgiques lorsque ceux-ci ne permettaient pas un contrôle satisfaisant des symptômes malgré une posologie maximale. Elle s'est avérée dans certains cas comme un moyen de réduire les doses des médicaments, voire comme une alternative à leur emploi.

⇒ **Pratique infirmière de la résonance énergétique par stimulation cutanée contre la douleur** (Ibid.) :

La RESC peut être utilisée dans l'ensemble des ressentis douloureux qu'ils soient aiguës (traumatiques, post-opératoires) ou chroniques (pathologies cancéreuses mais aussi rhumatismales, neurologiques...). Son action sur les phénomènes émotionnels, quelle qu'en

soit l'origine, permet l'amélioration de manifestations anxieuses ou dépressives, ce qui a justifié sa prescription dans la prise en charge de soins palliatifs. Plus largement, la RESC entre dans les projets de relation d'aide auprès des patients, quelles que soient leurs pathologies.

La RESC répond aux attributions définies dans le Code de la Santé des différentes professions médicales et paramédicales.

C'est approche non médicamenteuse ne nécessite aucune logistique, aucune préparation au matériel particulier. Le soignant intervient sans qu'il y ait besoin de modifier l'environnement : les soins peuvent être réalisés dans la chambre du patient, à n'importe quel moment de la journée, un membre de l'entourage ou un autre soignant peuvent être présent au moment de la séance. Cette thérapie est adaptable à la prise en charge du patient dans un service (Françoise Péju, 2010)

❖ Snoezelen

Le Snoezelen se pratique généralement dans un espace spécialement aménagé pour cet usage, aujourd'hui il peut être décliné en chariot transportable. C'est une salle avec des lumières tamisées, avec de la musique douce en fond sonore, des fauteuils relaxants, des colonnes de lumières, des objets luminescents qui sont sensibles aux lumières ultraviolettes, des miroirs, diffuseur d'huile essentielle, boule à facette, etc...

Le Snoezelen ne se définit pas, il se vit, il se sent, dans la relation, dans l'intensité. Le Snoezelen est avant tout un état d'esprit qui s'attache de façon prioritaire à trois axes :

- *L'importance du respect de la personne*
- *La priorité aux expériences sensorielles*
- *La recherche de la détente et de la satisfaction*

Les objets ne sont que des supports. Seule la relation humaine, son intensité, son authenticité peuvent donner une véritable valeur à l'outil. (Stéphanie, 2008)

⇒ **Historique** :

En 1970, deux jeunes hollandais (Jan Hulsegge, musicothérapeute et Ad Verheul, ergothérapeute) développent le snoezelen pour les personnes atteintes de handicap mental. Ils créent des salles ou est proposées aux personnes soignées des sollicitations sensoriel dans le but de communiquer et de susciter un sentiment d'apaisement.

Le terme Snoezelen est un néologisme, né de la contraction de deux verbes néerlandais : snuffelen qui signifie renifler, flairer, fureter et présente une dimension plutôt active, de découverte, de curiosité, de stimulation, et doezelen qui signifie somnoler, estomper, adoucir, et renvoie davantage à une idée de calme, de sérénité et de détente. (Ibid., p.158)

Dans les années 1980 se développe le concept du Snoezelen en dehors des frontières de la Hollande pour s'étendre dans d'autres pays du monde comme la Belgique, l'Angleterre, l'Australie, ... Il faudra attendre 1986 pour le voir arriver en France, mais toujours dans le milieu du handicap. Aujourd'hui le Snoezelen se développe en gériatrie, en psychiatrie et bien d'autres services.

⇒ **En pratique soignante** :

Au départ, prévu pour le secteur du handicap le Snoezelen s'est étendu à d'autres pathologies et à tous les âges. L'utilité du Snoezelen est nombreuse, le premier objectif est de savoir quels sont les canaux préférentiels de communication (auditif, visuel, odorat, toucher, olfactif) qu'utilisera la personne soignée atteinte de troubles cognitifs en stimulant ses cinq sens. En deuxième objectif réduire l'anxiété, l'agressivité, exploiter le toucher relationnel.

Dans une salle Snoezelen le temps s'efface pendant la durée d'une séance, le soignant présent dans la salle avec le patient doit respecter le rythme de la personne et la laisser découvrir les outils, apprécier des nouvelles sensations. Le soignant doit avoir une attitude attentive et empathique, le comportement verbal et non verbal du soignant est capital dans ce soin. Proposer des expériences de relaxations, pour réduire le stress et diminuer les comportements difficiles.

Le Snoezelen ne consiste pas uniquement à mettre le résident en relation avec un objet ou une émotion, il faut également que le soignant soit dans la relation en associant profondeur, respect, sincérité, sensibilité, authenticité. Cette relation intimiste ne doit être ni intrusive, ni envahissante, ni de supériorité. (Ibid. p.161)

4. Enquête exploratrice

4.1.Méthode exploratrice

Définir la méthode

Dans les parties précédentes de mon mémoire, j'ai construit mon cadre théorique. Celui-ci m'a permis, à travers différents ouvrages et articles, d'identifier des concepts, des hypothèses et des perspectives d'auteurs qui convergent ou divergent de ma question de départ. Toutefois, une théorie sans application concrète reste incomplète. Il est donc crucial pour moi de mener une recherche auprès des professionnels de santé qui pratique au quotidien aussi bien de la médecine conventionnelle que de la médecine alternative, à laquelle certains soignants se sont formés. Mais réaliser une telle étude exploratoire nécessite de suivre une démarche bien définie.

Et pour m'aider dans cette démarche, il existe différentes méthodes de recherches :

- La méthode expérimentale
- La méthode différentielle
- La méthode historique
- La méthode d'Ethnos
- La méthode clinique

Pour cette enquête, j'ai opté pour la méthode clinique. Cette approche vise à explorer le ressenti des soignants prêts à partager et témoigner de leurs expériences. La méthode clinique peut être mise en œuvre sous une forme quantitative et/ou qualitative.

Définition de la méthode clinique :

La méthode clinique cherche à rendre compte de la vérité du sujet et non d'une vérité en soi. Elle œuvre pour l'écoute du récit singulier du sujet se racontant et ayant la possibilité de s'écouter se raconter. Elle s'intéresse au langage, au sens particulier qui émerge de l'interaction entre le chercheur et le ou les sujets impliqués dans la recherche. L'accueil de

données en méthode clinique relève du processus de communication entre le chercheur et le sujet. L'entretien y est privilégié. (Eymard-Simonian, 2000)

Je projette d'entreprendre avec cette méthode une étude qualitative car elle est axée sur l'analyse de données descriptives et met l'accent sur la compréhension des expériences ainsi que leur signification (comme les histoires personnelles, les entrevues, les dynamiques de groupe et les phénomènes observés). J'ai l'intention de réaliser des entretiens avec des professionnels de la santé, en leurs présences ou en distanciel. Étant donné que je souhaite comprendre leurs vécus en tant que soignants, l'approche qualitative m'apparaît comme la plus adaptée pour répondre à ma question de départ.

Définition de la recherche qualitative :

« Les écrivains conviennent que l'on entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images, leur analyse inductive, met l'accent sur la signification de participants, et décrit un processus qui est expressif et convaincant dans le langage » (Creswell, J.W, 1998, p. 14).

4.2. Outil exploratoire

Définir l'outil

Poursuivant dans la continuité et la cohérence de la méthode clinique et de la recherche qualitative, j'ai voulu adopter pour la réalisation d'entretiens auprès de professionnels de la santé.

Il existe trois sortes d'entretiens : ouvert, semi-directif et directif. J'ai privilégié l'entretien semi-directif pour mon étude. Cette décision découle de mon souhait de collecter des informations pertinentes lors de nos échanges, tout en veillant à ce que les participants ne digressent pas exagérément trop loin du sujet initial. Il est primordial de sélectionner judicieusement l'outil en vue de garantir la qualité des interactions.

Dans un entretien ouvert, l'interview commence souvent par une question ou un thème unique, et l'interlocuteur est invité à s'étendre librement. Cependant, ce format ne garantit pas nécessairement que toutes les thématiques de mon cadre théorique soient évoquées.

L'entretien directif, bien que garantissant la couverture de tous les sujets, pourrait restreindre le discours du soignant interrogé, offrant peu d'espace à des interrogations ou des suppositions supplémentaires.

L'entretien semi-directif me semble optimal pour ma recherche. Il autorise les participants à s'exprimer aisément, tout en me permettant, si nécessaire, de les recentrer ou d'explorer plus en détail certains points cruciaux. En posant des questions comme « Que voulez-vous dire ? » ou « Pouvez-vous développer plus sur cette réflexion ? », je pourrai approfondir certains aspects sans perturber le flux de leur narration. Il est crucial d'offrir un espace suffisant aux soignants pour s'exprimer librement.

Je commencerai chaque entretien en invitant le soignant à se présenter et retracer son itinéraire professionnel. Je m'intéresserai ensuite à l'exercice des médecines alternatives qu'il utilise régulièrement et pour lesquelles il est formé, ainsi qu'à la possibilité de leur mise en œuvre dans sa pratique quotidienne pour réduire la douleur induite par les soins. J'introduirai ensuite la question centrale : « Pourriez-vous relater une séance de thérapie non pharmacologique avec des patients en situation de vulnérabilité ? ». Durant l'échange, je veillerai à ce que le discours reste aligné sur le sujet et inviterai, si besoin, à développer certains aspects. Si, à la clôture, des thématiques n'ont pas été traitées, je poserai des questions ciblées pour enrichir mon étude, et solliciterai d'éventuelles anecdotes ou témoignages complémentaires. Chaque entrevue se terminera par mes remerciements.

Pour les besoins de cette recherche, j'ai préalablement obtenu toutes les autorisations requises en sollicitant chaque institution (voir les demandes d'entretien en annexe) ainsi que chaque professionnel. J'ai aussi reçu leur accord pour la captation audio des échanges. Ils ont été rassurés sur la confidentialité des informations recueillies, avec la garantie d'une anonymisation intégrale, ce qui a instauré un environnement propice à la confiance et à l'expression libre.

4.3. Choix de la population interrogée et des lieux

J'ai réalisé trois entretiens auprès de professionnels de santé : deux infirmières et une aide-soignante. Tous les soignants interrogés exercent régulièrement la médecine alternative dans leur service. Mon objectif était d'avoir un éventail d'approches relationnelles, thérapeutiques et techniques différentes, d'où mon choix de soignants varié. En effet, chaque médecine alternative poursuit des objectifs de soin spécifiques qui peuvent varier en fonction du contexte et de la spécialité.

Les trois professionnels de santé interviewés, ont donné leur accord pour participer à cet entretien, et je leur ai garanti l'anonymat dans ce mémoire. C'est pourquoi je me suis inspiré de la série Friends pour leur attribuer des pseudonymes.

4.3.1. Rachel

Nous nous sommes rencontrées sur le même lieu de travail, puis nous sommes devenues amis. Cela fait des années que l'on se connaît. Sans le savoir, j'ai pris soin de son grand-père en maison de retraite, avant même que l'on se rencontre. Donc, c'est tout naturellement que j'ai pensé à elle pour faire cet entretien, et elle a accepté avec plaisir.

L'interview s'est déroulée en fin de matinée, chez elle, dans son jardin où son fils de deux ans jouait sur le trampoline. C'était une belle journée où l'on pouvait entendre le chant des oiseaux et le bruit d'un avion passant dans le ciel. Tout au long de l'entretien, Rachel un sourire constant et rayonnant. Je peux clairement ressentir son enthousiasme à partager son expérience vécue aux urgences.

Rachel, âgée de 34 ans, exerce le métier d'infirmière depuis onze ans. Elle a commencé sa carrière au sein du pool urgence/réa en Rhône-Alpes, où elle n'est restée que quelques mois, ne parvenant pas à s'acclimater à la vie en grande ville. Par la suite, elle est revenue dans la région et a rejoint l'équipe des urgences, où elle travaille depuis dix ans. Rachel m'explique, qu'à l'origine, elle avait l'intention de travailler au SMUR, mais elle souhaitait d'abord acquérir des techniques et de l'expérience en soins d'urgence avant de se retrouver seule en intervention. Finalement, son amour pour le service des urgences l'a poussée à y rester. Depuis l'année dernière, elle partage son temps entre les urgences et la formation au CESU.

Au début de l'entretien, Rachel m'explique qu'elle n'a pas suivi de formation spécifique en médecines alternatives, mais qu'elle parvient, à sa manière, à mettre en place des moyens pour atténuer les douleurs procédurales des patients. Elle privilégie la communication pour rassurer les patients avant de réaliser des soins douloureux. Elle accorde également une grande importance au "toucher soignant", soulignant combien le contact et la présence physique peuvent reconforter les patients. Elle fait appel aux compétences de ses collègues formés à l'hypnose pour certains soins, soulignant l'importance de la collaboration et de la coordination à ce moment-là. Rachel réalise qu'elle met en œuvre toutes ces approches alternatives de manière presque instinctive, sans même s'en rendre compte, et je peux clairement ressentir sa satisfaction à ce moment-là.

Cependant Rachel, partage sa frustration concernant le manque de temps, notamment en raison de la charge de travail élevée, qui rend parfois difficile une prise en charge optimale de la douleur. Elle explique que dans ces moments-là, en rentrant chez elle, elle n'est pas satisfaite du travail qu'elle a accompli.

Rachel conclut cet interview en déclarant : « *on n'a pas un métier facile ! Beau mais pas facile !* »

Pour pouvoir réaliser ces entretiens, j'ai obtenu l'autorisation préalable de la direction de l'hôpital où travaille Janice et Phoebe.

4.3.2. Janice

Après validation de la direction de soin, j'ai pris contact avec la cadre de santé en charge des urgences pour organiser mon entretien avec un membre de l'équipe soignante qui était formé à l'hypnose. L'objectif était que cette personne partage et transmette son expérience dans ce domaine. La cadre m'a donné un rendez-vous pour le jour où le soignant en question travaillait.

La rencontre avec Janice s'est faite à son lieu de travail, aux urgences de la région PACA pendant ses heures de travail. L'entretien s'est déroulé dans une salle dédiée aux consultations d'ophtalmologies. Cette pièce était sombre, éclairée par des néons, et elle n'avait pas une ambiance chaleureuse. Au fond de la pièce, il y avait une lampe à fente, un instrument

couramment utilisé par les ophtalmologistes pour examiner la vue des patients. De chaque côté de la lampe à fente, il y avait des tabourets, et Janice m'a demandé de m'installer sur l'un d'entre eux. Nous avons passé tout l'entretien avec la lampe à fente entre nous deux, et quelques fois je ne voyais plus Janice derrière, ce qui m'obligeait à me pencher d'un côté pour pouvoir la voir.

Au début de l'interview, j'ai demandé à Janice de se présenter et de me décrire son parcours professionnel. Elle a 50 ans et cela fait 29 ans qu'elle exerce en tant qu'infirmière. Janice travail aux urgences depuis 25 ans, mais elle est à mi-temps depuis 20 ans. Elle m'a expliqué qu'elle avait travaillé un an en réanimation et avait également fait roulante dans un pool de l'hôpital. Depuis trois ans, elle exerce à mi-temps en tant qu'infirmière libérale. Janice est formée à l'hypnose, possédant le niveau 1 et 2. Elle a également suivi une formation en plaies et cicatrisations, car tout cela l'intéresse beaucoup.

Pendant l'entretien, Janice bafouillait beaucoup, ne finissait pas ces phrases. Je sentais qu'elle était stressée, qu'elle n'était pas du tout à l'aise. Je pense que la cadre de santé ne lui a pas demandé son avis préalablement et qu'elle se sentait obligé de mener cet entretien. Je ne ressentais pas de passion à travers ses mots. Elle répondait quand même gentiment à mes questions.

Janice m'a expliqué comment se déroule une séance d'hypnose, qu'elle pratique principalement sur des personnes jeunes, car ce sont les plus anxieuses selon elle. Elle commence par un interrogatoire dans le but d'identifier ce que la personne aime, puis demande l'autorisation de pratiquer l'hypnose pendant le soin. Elle m'a également fait part, qu'elle réalise l'hypnose en même temps que ces soins la plupart du temps. Elle souhaiterait pouvoir le pratiquer dans des meilleures conditions, notamment à deux personnes, l'une pratiquant l'hypnose pendant que l'autre s'occupe du soin technique. L'hypnose peut être complexe à pratiquer, notamment aux urgences, en raison de contraintes de temps et du manque de personnel.

Elle estime aussi que la relation soignant-soigné dépend principalement de l'attitude du soignant. Elle mentionne que la relation est déterminée par les mots et les gestes du soignant, qu'ils soient verbaux ou non verbaux.

Janice insiste et conclut sur l'importance de mieux former les étudiants infirmier aux approches alternatives et à la communication avec les patients, car ils manquent souvent de compétences dans ce domaine.

4.3.3. Phoebe

Nous nous sommes rencontrés en personne dans le service d'oncologie et d'hématologie de l'hôpital de jour, où elle travaille. J'ai fait la connaissance de Phoebe lors de mon stage de troisième année, ce qui signifie que j'avais déjà connaissance des compétences et des qualités humaines de Phoebe avant l'interview. Phoebe est reconnue pour son efficacité et son professionnalisme dans sa pratique des soins de support dans son pôle d'activité qui est la cancérologie.

L'entretien a eu lieu dans la salle où Phoebe réalise ses soins de support. C'est une pièce très lumineuse, apaisante et confortable, décorée avec goût. Une odeur agréable d'huile essentielle vient me titiller mes narines.

Au début de l'entretien, Phoebe s'est présentée et a partagé son parcours professionnel. Elle a travaillé comme agent des services hospitaliers faisant fonction dans un EHPAD avant de devenir aide-soignante dans le service d'oncologie et d'hématologie où elle exerce actuellement depuis 22 ans. Elle partage son temps de travail en exerçant son métier d'aide-soignante la moitié du temps, tandis que l'autre moitié est consacrée aux soins de support, pour lesquels elle s'est formée et a obtenu des diplômes spécifiques :

- ✓ BEP sanitaire et social
- ✓ Diplôme d'aide-soignant depuis 22 ans
- ✓ Formée à l'hypnose
- ✓ Formée à la socio-esthétique
- ✓ Formée à la RESC (possède les 3 niveaux)
- ✓ Formée à l'aromathérapie
- ✓ Formée à la luminothérapie
- ✓ Actuellement en formation snoezelen

Durant l'entretien, nous avons été interrompus une fois, mais cela n'a pas perturbé l'atmosphère propice à notre échange. Phoebe était détendue car nous nous connaissions déjà.

La présence d'un visage familier la rassurait, et elle a pu discuter librement et ouvertement en répondant à mes questions. Elle était heureuse de pouvoir parler de sa pratique quotidienne et de l'impact positif qu'elle apporte aux patients.

Phoebe a souligné l'importance de prendre en considération le bien-être des patients au-delà des soins médicaux. Elle a partagé son engagement à leur offrir un soutien émotionnel, psychologique et physique, en veillant à ce qu'ils se sentent compris, écoutés et soutenus tout au long de leur parcours de soins. Sa passion et son dévouement pour son métier transparaissent dans ses propos, et elle a également partagé des histoires inspirantes illustrant les résultats positifs qu'elle a pu observer chez les patients.

Phoebe a exprimé le souhait de pouvoir consacrer plus de temps aux soins de support, car ses compétences sont très sollicitées dans le service et son mi-temps ne suffit plus à répondre à toutes les demandes.

4.4. Analyse des données

4.4.1. La douleur

La gestion de la douleur est une donnée subjective propre à chaque soignant, chacun des professionnels de santé possède ses propres techniques pour réduire la douleur liée aux soins au patient. La douleur est non seulement une expérience physique, mais elle a également des implications émotionnelles et psychologiques.

Comme le définissent L'AISP et l'OMS « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* ».

Les trois professionnels de santé s'accordent pour reconnaître l'importance de gérer non seulement la douleur physique, mais aussi la douleur/anxiété psychologique et émotionnel.

Comme stipuler dans mon cadre théorique, il existe plusieurs types de douleurs : nociceptive, neuropathique, nociplastiques et psychophysiologique.

Dans la question : « **Pourriez-vous me décrire votre dernière prise en charge de la douleur que vous avez réalisée auprès d'un patient ?** »

Deux infirmières ont évoqué la mise en place d'une voie veineuse périphérique comme exemple typique, car c'est l'une des interventions invasives la plus fréquemment réalisée par les infirmières. La douleur peut être ressentie lors de l'insertion de l'aiguille et en fonction de son emplacement, il peut continuer à être inconfortable une fois le dispositif en place.

Rachel : L 13-14 p. X « *Sur une pose de cathéter [...] c'est les gens qui ont peur d'avoir mal quand on leur pose le cathéter.* »

Janice : L 17 p. XVII « *La dernière c'était une pose de perf!* »

L'unique aide-soignante que j'ai interrogée m'a décrit une situation où elle assiste un médecin lors d'un prélèvement de Biopsie Ostéo Médullaire. Ensemble, ils administrent une anesthésie locale avec un gaz anesthésiant, le Méopa, aux propriétés anxiolytiques et analgésiques. Elle pratique en amont et pendant le soin de l'hypnose peu profonde, car son référentiel de compétences en tant qu'aide-soignante ne l'autorise pas à réaliser des actes invasifs ni à administrer des traitements médicamenteux.

Phoebe : L 43-44 p. XXIV « *Je peux te décrire que... on a fait une biopsie ostéo médullaire. Donc le patient était très anxieux à l'idée, déjà ! Ce qu'on peut comprendre [...]* »

Phoebe : L 47-49 p. XXIV « *Du coup, j'installe le patient, je lui propose le Meopa et en même temps, j'essaye de faire une... avant j'ai parlé avec lui et j'ai pris des notions, un peu ce qu'il aimait, ce qu'il aimait pas. De lui faire une petite hypnose[...]* »

Les deux infirmières interrogées nous font part de leur expérience sur le terrain. En exprimant un ressenti sur le fait que les hommes soient plus sensibles à la douleur et que les patients les plus jeunes craindraient plus d'avoir mal.

Rachel : L 139 p. XIII « *alors les garçons sont plus sensibles [...] ça j'ai remarqué !!* »

Janice : L 19 p. XVII « *c'est souvent les jeunes, pour les poses de perf, c'est souvent les jeunes qui ont très peur [...]* »

Les trois professionnels de santé interrogés s'accordent à dire qu'il est préférable, si possible, de réaliser des soins préventifs contre la douleur en collaboration avec au moins un autre soignant.

Janice : L 26-27 p. XVII « [...] parce que pour faire de l'hypnose en même temps qu'un soin, ça serait mieux d'être deux. Mais... c'est pas possible ! »

Phoebe : L 45-47 p. XXIV « [...] Maintenant, c'est vrai que j'ai dit, j'ai essayé de le dire au médecin de de m'appeler à chaque fois pour les soins très invasifs, comme ça. Pour justement, qui... que le patient est de moins en moins mal quoi ! que ça se passe le mieux possible avec le moins traumatisant [...] »

La douleur doit être une priorité pour chaque soignant et pour l'établissement de santé car elle est légiférée :

Code de la santé publique : Art. L. 1110-5. - « 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. »

Code de la santé publique : Art. L. 1110-5. - « 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. »

Chacune des trois soignantes interrogées, toutes s'investissent dans la gestion de la douleur au sein de leur service et auprès de leur patient. Suite au premier plan anti-douleur de 1998-2000, la formation et l'information des professionnels de santé en matière d'évaluation et de traitement de la douleur sont devenues obligatoires. Toutefois, les témoignages de ces soignants que j'ai recueillis ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la profession.

4.4.2. La douleur induite par les soins

Il peut sembler paradoxal, qu'un soignant cherchant à apporter du soulagement à un patient peut involontairement lui causer de la douleur.

La douleur induite, également appelée douleur procédurale, est définie ainsi par la revue de l'infirmière : « *La douleur induite par les soins est une douleur de courte durée, causée par les soignants ou par une thérapeutique dans des circonstances de survenue prévisible et susceptible d'être prévenue par des mesures adaptées* ».

Différents plans de lutte contre la douleur ont été mis en place depuis 1998 mais c'est seulement dans le second plan de lutte contre la douleur de 2002-2005 que la prise en charge des douleurs induites a été intégrée.

Parmi les douleurs induites, on trouve :

→ *Les Soins d'hygiène :*

- *manutention et mobilisation de toutes formes (transfert, brancardage, lever et coucher, toilette, change, réfection lit, retournement...)*
- *Installation*
- *hygiène corporelle et bucco-dentaire*
- *aide alimentaire selon l'articulé et l'état dentaire, la déglutition...*
- *habillage et déshabillage*

→ *les Soins techniques :*

- *ponctions veineuses, artérielle, lombaire, d'ascite, de plèvre ou sternale*
- *injections intramusculaires, sous cutanée ou perfusion*
- *prélèvement pulpaire*
- *Fibroscopie*
- *aspiration naso-pharyngée*
- *pose et retrait de sonde gastrique, urinaire, rectale*
- *actes de radiologie*
- *soins de plaie (ulcères, escarres, fistule...) ou de cicatrice*
- *retrait d'adhésifs collants*
- *réfection de pansements*

- *extraction de fécalome*
- *contention (plâtre, gouttière, attelle...)*
- *Kinésithérapie*
- *soins dentaires*
- *petite chirurgie (suture, curette, cryothérapie...)*
- *etc...*

La situation de Rachel décrit la pose d'une voie veineuse périphérique sur une patiente craignant la douleur que peut occasionner l'effraction cutanée d'une aiguille dans ses veines (**L 13-14 p. X**). Elle mentionne également que la pose d'une sonde nasogastrique est une procédure très douloureuse. **L 229-234 p. XV** : « [...] le passage dans le nez, je pense que lui, il fait mal. Une fois que tu as trouvé la bonne courbe. Après le passage au niveau de la gorge, je pense que c'est plus désagréable, parce que ça étrangle. Mais le nez, je pense que ça fait un petit peu mal quand même. Parce que moi, une fois, on m'avait fait : la caméra que tu vas avoir dans le nez, c'est des sondes plus petites, mais plus rigides, J'ai bien douillé quand même. Je peux te dire : j'ai tenu les barreaux de la chaise et je pense que c'est pareil pour la sonde ».

Janice décrit le même soin technique, la pose d'une voie veineuse périphérique (**L 13-14 p. X**), tandis que Phoebe, quant à elle, parle d'une biopsie ostéo médullaire (L). Toutes ces procédures techniques peuvent induire de la douleur chez le patient si elles ne sont pas préalablement organisées pour réduire la douleur que peuvent provoquer ces soins.

Dans la situation de Phoebe, elle se sent plus à l'aise en travaillant en collaboration avec un autre professionnel de santé. Ensemble, ils peuvent coordonner leurs actions : pendant que Phoebe pratique une hypnose douce, le médecin réalise le geste invasif, ce qui les rend plus efficace.

Phoebe a demandé au médecin de la prévenir lorsqu'il réalise des gestes invasifs très douloureux afin de préparer la personne avant la procédure et de la rendre un peu plus apaisée pendant celle-ci.

Phoebe : **L 45-47 p. XXIV** « Maintenant, c'est vrai que j'ai dit, j'ai essayé de dire au médecin de m'appeler à chaque fois pour les soins très invasifs, comme ça. Pour justement, que

le patient est de moins en moins mal quoi ! que ça se passe le mieux possible avec le moins traumatisant »

Il est essentiel de savoir s'arrêter, suspendre ou différer un soin douloureux afin d'éviter un phénomène de mémorisation de la douleur, c'est-à-dire un traumatisme et éviter que la personne soit anxieuse pour les soins suivants. Comme nous l'explique :

Rachel : L257-258 p. XVI « *Ça me fait penser aussi, quand j'avais été en stage dans un autre hôpital et en tant qu'élèves. J'avais vu un médecin qui posait une jugulaire et enfaites il a loupé. Il a repiqué une quinzaine de fois !!!* »

Rachel : L 260-265 p. XVI « *Et c'est ça aussi, pour pas faire mal, c'est passer le relais, tu vois c'est un truc tout bête, mais enfaites passer la main à quelqu'un. Moi, je sais que je fais jamais plus de deux fois le même soin. Si j'y arrive pas, je passe la main, je vais chercher quelqu'un parce qu'autant il y arrivera, mieux que moi cette fois-là. Ça veut pas dire que la fois d'après je vais pas réussir. Mais moi, je passe la main. Parce que je le revois, piquer quinze fois et j'en pouvais plus ! Le patient il était d'une gentillesse et d'une patience incroyable et j'avais qu'une envie, c'est qu'il passe la main. Et je crois qu'il y a quelqu'un qui lui a proposé un moment. Il a dit non, il a continué.* »

Dans la question : « **Quelles sont les approches thérapeutiques que vous mettez en œuvre pour lutter contre la douleur induite par les soins ?** »

Rachel est la seule parmi les trois soignantes interrogées à ne pas avoir de formation dite « alternative ».

L 46 p. XI : « [...] puisque moi, j'ai pas de formation autre [...] »

Mais cela ne l'empêche pas de mettre en place des moyens pour éviter ou réduire la douleur et de rassurer le patient.

Dans cette situation, Rachel utilise la distraction verbale pour atténuer la douleur du patient. Peut-être sans en avoir pleinement conscience, Rachel met en pratique ce que l'on nomme l'hypnose Ericksonienne conversationnelle. Selon Rachel, cet échange verbal aide la personne à focaliser son attention ailleurs que sur l'acte invasif qui lui est pratiqué.

L 46 p. XI : « *l'échange verbal, beaucoup la parole, [...]* »

L 17-33 p. X : « [...] c'était une dame qui avait un petit peu peur des cathéters. Je le voyais parce qu'elle était un peu crispée. Elle tournait la tête, elle me l'a dit d'ailleurs [...] Et moi [...], ce que je fais quand je vois qu'ils ont un petit peu peur, je leur parle et je leur demande s'ils veulent que je les prévienne quand je pique, ou pas [...] et alors si ils me disent non du coup je parle et je [...], l'intègre dedans. S'ils me disent oui, juste avant, je dis attention, je vais piquer ! et respirez bien ! et je vous pique ! et je pique à ce moment-là. Là elle du coup elle voulait pas que je lui parle, fin elle voulait pas que je la prévienne quand je vais piquer du coup je lui ai parlé de tout, et je leur pose souvent une question. Alors je pars souvent sur le travail, parce que je pense que c'est facile à trouver de quoi parler [...]. Donc je pense que ça a été efficace. »

L 51-54 p. XI : « Emla quand vraiment on a le temps, par exemple sur un [...] pour une ponction lombaire, tout ça là ! Je vais essayer de la poser. Ou si vraiment j'ai le temps de poser le cathéter, que je vois que c'est quelqu'un qui est vraiment très anxieux, bon que je peux temporiser le KT, je peux m'en servir. Mais bon c'est rare, parce qu'on n'a pas souvent le temps [...] »

L 54-55 p. XI : « [...]Le Meopa, ça m'est arrivé, ça demande servir, surtout tout ce qui est suture aussi, les gens qui ont un peu peur ou voilà, ou qui ont mal, [...] »

L 55-56 p. XI : « [...] et après sinon, moi, je fais appel à ceux qui sont formés à l'hypnose. »

« **Le Toucher** dans les soins est un ensemble de pratiques infirmières visant à améliorer la perception par le patient d'actes de soins potentiellement douloureux ou anxiogènes et basé sur des techniques de contact cutané développant et approfondissant l'utilisation du Toucher. »

Le Toucher dans les soins a pour objectif de communiquer, soulager, rassurer, détendre, apaiser, et préserver le bien-être des patients. Cette méthode est fréquemment utilisée par Rachel.

L 147-150 p. XIII : « « **Le toucher** aussi, je t'en ai pas parlé, mais c'est pareil : prendre les mains des personnes. Moi, je suis très tactile dans le soin et, c'est vrai que c'est quelque chose que je fais beaucoup aussi de leur prendre la main et de les laisser serrer. Alors parfois, c'est au détriment de ta mains [rire], mais parfois, on voit que ça leur fait du bien quand même. » et aussi **L153-155 p. XIII :** « Pas forcément que la main, mais ne serait-ce que de mettre la main sur l'épaule ou sur le bras. » **L 159-160 p. XIII :** « Moi, je trouve ça important

aussi, mais il y en a qui aiment pas. Parfois, tu le sens, la personne, elle c'est pas son truc. Du coup, bon il faut pas assister »

Pendant l'interview, Rachel me parle aussi d'adapter la vitesse du soin technique selon la personne que l'on prend en charge : **L 217-222 p. XV** « *Par exemple, pour essayer de faire moins mal, ça va être **la vitesse**. Tu sais du... sur le cathéter c'est la même chose aussi. La rapidité sur laquelle on va rentrer, que ce soit la sonde ou le cathéter, il y en a ils disent : bon moi, j'y vais d'un coup comme ça, c'est fait, on n'en parle plus. Moi, je suis plus partisante du j'y vais tout doucement pour que la personne, elle s'habitue à la sensation et enfaites il faut trouver le juste milieu. Quelqu'un qui va être vraiment stressé, qui va bouger, ou je vois que la douceur, ça va pas rentrer. Là, par contre, je vais y aller peut être plus vite. Mais c'est vrai qu'il y a aussi la rapidité de l'action »*

C'est en discutant avec moi qu'elle prend conscience des moyens qu'elle met en place dans le but d'atténuer la douleur liée aux soins.

Rachel : L 153-155 p. XIII : « *C'est vrai qu'il y a plein de petites choses alentour auxquelles on ne pense pas, qu'on fait quotidiennement et qu'il doit jouer aussi* ». **L 238 p. XV** : « *[...] Il y a plein de petites choses annexes, mais on se rend pas compte au quotidien.* ». **L 240-242 p. XV** : « *Tu vois, ça fait plaisir aussi de se dire : on a des petites choses qu'on peut faire à notre niveau pour essayer de les apaiser. On le vit mieux pour nous aussi, parce que c'est pas agréable de faire mal aux gens tout le temps enfaites* »

Janice et Phoebe sont toutes les deux formées aux TNM.

Janice utilise l'hypnose lors de soin douloureux mais m'explique que cela est difficile à mettre en place lorsqu'elle est seule. **L** : « *[...] je dirais que l'hypnose est bien pour des périodes de soins [...]. Mais des fois, vu qu'on est toute seule, l'hypnose se sera plutôt un **dialogue positif** qui va rassurer* ».

Dans les moments où elle est seule, elle emploiera un **dialogue positif**. Qui est une technique dérivée de l'hypnose. « *Comment les mots aident à soulager les maux...* »

Appeler « communication positive », les mots que nous utilisons ont un impact significatif sur notre cerveau et notre perception. « *Les mots sont les reflets de notre pensée* ». Le cerveau a du

mal à percevoir la négation, c'est pourquoi les soignants doivent éviter d'utiliser un langage négatif lorsqu'ils communiquent avec les patients, car cela peut renforcer les inquiétudes et les appréhensions.

Au quotidien, dans la relation de soin, les soignants utilisent en permanence ces mots négatifs :

MOTS NÉGATIFS	MOTS POSITIFS
Ne vous inquiétez pas !	Tout va bien
Vous n'avez pas trop mal ? Ça va, pas trop angoissé ?	Qu'est-ce que vous ressentez ? Que ressentez-vous ?
Ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de souci, je m'occupe de vous	Rassurez-vous, tout va bien, je m'occupe de vous

L 45-46 p. XVIII : « C'est quand on parle en hypnose, il y a plein de mot proscrit [...]. Les ne pas, tous les mots négatifs [...] ».

Dans la communication positive, les questions posées doivent être ouvertes, ce qui va permettre aux patients de s'exprimer librement sur leurs sensations, leurs sentiments et leurs besoins.

Cette méthode fait écho avec ma situation d'appel, où Olivier utilise cette approche afin d'apaiser Madame T. Oliver m'a corrigée à plusieurs reprises lorsque mes choix de mots n'étaient pas appropriés, utilisant des expressions telles que : « *je vais vous piquez ! ça va être froid etc...* ». Il ajustait mes formulations, choisissant des termes plus doux comme : « *vous allez ressentir une légère fraîcheur ! vous allez éprouver petit picotement etc...* »

Il est important d'établir une communication positive dans le domaine médical pour créer un climat de confiance et de soutien propice au bien-être des patients.

Janice me parle d'un cas qu'elle a prise en charge aux urgences : *L 39-41 p. XVIII : « j'avais une dame qui avait une brûlure au niveau du sexe, à la cire chaude, qui est partie à Marseille. Il a fallu faire le pansement. Et j'avais essayée l'hypnose, en faisant le pansement en même temps, ça fonctionnait pas ! Et on a fait un dialogue positif »*
L 51-52 p. XVIII : « ça s'est très bien passé ! Elle a pu s'exprimer ! ça a été une autre manière de travailler, que je ne connaissais pas avant d'avoir fait l'hypnose [...] ».

Phoebe est la soignante la plus formée des trois professionnels de santé interviewés. Elle utilise l'hypnose et la RESC pour atténuer la douleur chez les patients. Elle explique que l'hypnose est principalement utilisée pour les gestes invasifs, tandis que la RESC sera utilisée pour les personnes extrêmement anxieuses, qui ont peur des procédures, afin de les apaiser. Elle utilise également cette méthode pour traiter les effets secondaires de la chimiothérapie.

L 122-124 p. XXVI « Et, quand on sait il va y avoir de la chimio derrière, qui va y avoir des choses qui peut déséquilibrer par rapport à ce que le truc chimique qu'on va recevoir, on peut agir sur le foie, agir sur les organes pour essayer de drainer, d'aider à drainer, tout ça, voilà ! »

L126-127 p. XXVI « Faire des choses pour rééquilibrer, contre les nausées, contre les diarrhées, contre la constipation, contre plein de choses. On peut essayer d'aider le patient et de rééquilibrer tout ça, »

Elle explique *L 153- p. XXVI* : « qu'elle a plusieurs cordes à son arc ». Effectivement, Phoebe utilise d'autres médecines alternatives telles que l'aromathérapie et la luminothérapie.

Après avoir pris en compte la douleur d'un patient, il est important et nécessaire de la réévaluer à chaque soin, pendant le soin, après le soin, et de retranscrire les résultats dans le dossier de soins.

Rachel : L174-175 p. XIV « Tu vois aussi la prise en charge la douleur, c'est ça aussi, c'est de retourner les voir et de leur demander si ça un marché. »

Dans l'ensemble, les trois infirmières reconnaissent l'importance de la prise en charge de la douleur chez les patients et utilisent des approches diverses pour l'atténuer, en prenant compte des préférences individuelles et de l'évolution des pratiques médicales.

4.4.3. Les alternatives

Les médecines alternatives sont de plus en plus adoptées dans les soins prodigués aux Français. Dans l'échantillon de professionnels de santé que j'ai interrogé, deux infirmières sur trois sont formées à des méthodes non médicamenteuses.

L'hypnose est particulièrement prisée parmi ces méthodes non médicamenteuses car elles peuvent être mise en œuvre n'importe quand, sans nécessité d'un espace dédié ou d'outils spéciaux. Toutefois, une formation adéquate et de l'expérience sont cruciales pour garantir une utilisation efficace.

Rachel : L 76-79 p. XI « [...] c'est il faut repérer le moment, elle te fait signe quand c'est le moment, mais du coup [euh] il faut bien calculer. Moi, ça m'a arrivé une fois, c'était A***** qui était venu faire **L'hypnose** et enfaites donc elle m'a fait signe que je pouvais piquer et enfaites j'ai loupé le KT. Donc il a fallu repiquer !! donc il a fallu qu'elle relance dans l'hypnose. ça était... »

Janice : L19-20 p. XVII « c'est souvent les jeunes, poses de perf, c'est souvent les jeunes qui ont très peur, je fais de **L'hypnose**. »

Comme le définit Dr Jean-Marc Benhaiem : « *L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique* » (Saint Joseph, 2023)

L'impact de la médecine alternative sur le patient varie et repose largement sur le praticien et sa maîtrise des thérapies non médicamenteuses. Si le soignant l'utilise fréquemment et se tient à jour des dernières évolutions dans ce domaine, cette approche peut devenir un outil formidable pour le soin. Elle est généralement associée à la médecine allopathique ; lorsqu'elles sont combinées, on parlera alors de médecine intégrative.

La RESC est mise en œuvre par une aide-soignante que j'ai interviewée, qui exerce à mi-temps plusieurs médecines alternatives dans son service et qui s'est mobilisé pour atteindre son but d'avoir l'opportunité d'utiliser ces méthodes non médicamenteuses avec les patients dans son service. Nombreux sont les soignants formés à La RESC, mais qui ne peuvent souvent pas l'utiliser faute de temps.

Elle emploie la RESC comme une méthode douce pour traiter l'anxiété et les effets secondaires liés à des traitements tels que la chimiothérapie. La qualité de son intervention dans son service est largement reconnue. De plus, Phoebe a suivi des formations sur d'autres médecines alternatives, notamment l'aromathérapie et la luminothérapie.

Phoebe : L 93-95 p. XXV : « *parce que souvent euh, je veux dire ou si vraiment, la personne, elle, est très, très, très, très angoissée, elle a très peur du geste, je me faire une petite séance de RESC pour l'apaiser... et après, je ferais de l'hypnose. Sinon, généralement, je fais de l'hypnose. »*

Phoebe : L 97 p. XXV : « *Après j'utilise la RESC pour ce qui est angoisse ou effet secondaire des chimiothérapies. »*

Selon Patrick Fouchier (Fouchier, RESC résonance sous cutané, s.d.) :

La RESC peut être utilisée dans l'ensemble des ressentis douloureux qu'ils soient aiguës (traumatiques, post-opératoires) ou chroniques (pathologies cancéreuses mais aussi rhumatismales, neurologiques...). Son action sur les phénomènes émotionnels, quelle qu'en soit l'origine, permet l'amélioration de manifestations anxieuses ou dépressives, ce qui a justifié sa prescription dans la prise en charge de soins palliatifs. Plus largement, la RESC entre dans les projets de relation d'aide auprès des patients, quelles que soient leurs pathologies.

Certaines méthodes employées par les soignants que j'ai interviewés ne figurent pas officiellement dans les formations médicales. Pourtant, un grand nombre de soignants les utilisent fréquemment, à travers des pratiques telles que le recours à un dialogue positif ou les techniques de diversion et de distraction.

Janice : L 56-57 p. XVIII : « *Alors que quand on a repris le dialogue positif, ça s'est très très bien passé. Sans douleurs, sans rien. »*

Rachel : L 25-28 p. X « *Je lui ai parlé de tout, et je leur pose souvent une question. Alors je pars souvent sur le travail, parce que je pense que c'est facile [rire] à trouver de quoi parler. Donc je leur demande ce qu'ils font et après, je rebondis dessus et en faites je leur pose une question juste avant de piquer et au moment où, eux, ils me répondent : là je pique, parce que je me dis : si c'est quand moi je parle ils sont attentifs différemment, je pense »*

La communication positive est adoptée par les soignants afin d'instaurer un environnement serein, favorable à l'échange. Dans notre vocabulaire professionnel, nous employons souvent des termes sans vraiment mesurer leur impact potentiellement négatif sur la communication avec le patient. Des mots tels que : mal, douleur, angoisse, stress, risques, opération, piquer, gratter, brûler, complications, peuvent être nuisibles. Il serait préférable d'opter pour des termes comme : sécurité, bien-être, chaleur, confort, apaisement. Ces mots revêtent une grande importance dans le soin apporté au patient, car selon une étude notre cerveau a du mal à traiter la négation. Une communication efficace avec le patient est essentielle pour établir une relation thérapeutique solide.

Rachel est d'avis que les médecines alternatives sont sous-utilisées dans son service en raison du manque de formation des médecins dans ce domaine, attribuant cela à manque d'informations pendant leur formation. En revanche, Janice, qui travaille dans le même service, affirme que ses compétences en tant que praticienne en hypnose sont souvent sollicitées. J'ai formulé l'hypothèse que leur perception différente résulte du fait que Janice est une praticienne en hypnose diplômée et reconnue dans leur service, ce qui la rend fréquemment sollicitée par les médecins. En contraste, Rachel, n'ayant pas reçu de formation similaire, a un ressenti différent et n'a pas la même relation avec les médecins que Janice.

Rachel : L 194 p. XIV « *Non, mais parce que je pense qu'ils sont pas formés à tout ça eux aussi [...] »*

Janice : L 115-116 p. XX « *« il y a des médecins qui nous demandent, ils nous disent vient, j'ai besoin de toi, on fait la RESC... l'hypnose. »*

L'élément récurrent dans les témoignages des soignants interrogés est le manque de temps. En effet, pour mettre en place ces approches alternatives, du temps et parfois des ressources supplémentaires en termes de personnel sont nécessaires. Dans certains services, ces conditions ne sont pas réunies. La gestion du temps est un enjeu majeur dans certains services de soin, bien que des exceptions existent. Par exemple, Phoebe bénéficie d'un mi-temps consacré aux thérapies non médicamenteuses pour lesquelles elle a été formée. Toutefois, en raison de la popularité croissante de ces méthodes alternatives à la médecine classique, pour répondre à l'ensemble des besoins des patients de son service et satisfaire toutes les demandes, elle voudrait exercer les thérapies non médicamenteuses à temps complet et exercer dans tout le pôle d'oncologie.

Dans le milieu médical, on peut distinguer deux types de temporalités : le Chronos et le Kairos :

Définition :

Chronos : Chronos représente le temps quantifiable, séquentiel et linéaire. C'est le temps mesuré, celui des horloges et des calendriers.

Kairos : Kairos représente le « bon moment », l'instant opportun ou propice pour agir. Il s'agit d'un moment qualitatif plutôt que quantitatif.

Phoebe : L 51-54 p. XXIV : « sans hypnose et sans Méopa et qui ont eu après avec, et qui disent qu'il y a une sacrée différence, voilà ! Ils ont bien verbalisé, et c'est vrai que ça fait plaisir ! Parce que tu te dis : tu vois, **tu passes du temps** et puis le patient, il te dit : vraiment c'est moins traumatisant, on sent, de toute façon, qu'on bouge, parce qu'une biopsie ostéo médullaire, c'est quand même un bout d'os dans la hanche »

Rachel : L 59-61 p. XI : « Alors il y en a ils sont pas réceptif, ils disent non tout de suite, et il y en a oui, et dans ce cas, je vais chercher quelqu'un qui le fait. Mais c'est pareil, c'est **tributaire du temps** qu'on a dans le service. »

Les dirigeants de notre système de santé essaient de comptabiliser le temps que nous passons auprès du patient ou à exécuter ses soins. Alors que nous, soignants, aspirons à toujours plus de qualité, de disponibilité et de présence auprès du patient. Nos deux temporalités ne seront jamais les mêmes.

4.4.4. La relation soignant-soigné

La relation de soin est essentielle dans l'accompagnement des patients et constitue la base de toute collaboration thérapeutique. C'est avant tout la rencontre de deux êtres humains : d'une part, le soignant mettant son savoir-faire au service du patient, et d'autre part, la personne soignée en quête de soins et des ressources indispensables à son rétablissement ou à l'amélioration de son bien-être.

"Le meilleur moyen de trouver un remède est de connaître l'histoire de la personne, pas seulement celle de la maladie." - Larry Dossey

Dans la question : « **Pensez-vous que la douleur induite par les soins à une influence sur la relation soignant/soignée ?** »

Rachel : L 117-121 p. XII : « [...] quand je vais poser le cathéter, par exemple ! vous savez bien faire ? ça va vous avez l'habitude ? ou s'ils ont l'impression que je suis un peu jeune, souvent du coup, ils me demandent : alors je leur dis : oui oui vous inquiété pas ça fait 10 ans que je travaille là. **Mais ouais je pense que ça joue [...] sur la suite, après le soin aussi.** Bon après, c'est normal, ça se comprend si on a mal, si la personne, elle, nous a fait très mal, on n'a pas forcément envie de la revoir [rire]. Je pense qu'on a peur pour la suite. »

Janice : L131-135 p. XX « Non ! Non, je pense que **la relation soignant/soigné** dépend du soignant [...] Je pense que la relation, je pense que **la relation soignant/soigné**, dépend de l'attitude du soignant. La douleur, la pathologie, tout ça, c'est comment le soignant va expliquer, va prendre en charge la pathologie du patient et de la douleur. Tout dépend du soin. »

Janice : L 138-139 p. XX : « [...] **Ça dépend vraiment de la relation que vous avez. Des mots qu'on dit, de tout, verbale et non verbale. Les deux sont aussi importants l'un que l'autre [...]** »

Phoebe : L 234-237 p. XXIX : « [...] On est là pour l'aider c'est vrai, **il y a une relation**, c'est sûr ! mais c'est sûr qu'il y a un impact. C'est **la prise en compte** de ce que la personne ressent, tu es à l'écoute etc... bien sûr ! (réfléchie) il se sent écouter, il se sent... euh fin... compris, qu'on fait quelque chose pour lui[...] »

Phoebe : L 251-253 p. XXIX : « [...] Puis quand tu vas..., tu vas être là à l'écouter, à prendre en compte tout ce qu'il dit. Ça va déjà retomber. Déjà, il va être, écouté, entendu, il va s'apaiser. »

Ce qui fait lien mon cadre de référence :

« *Les hommes ne réagissent pas de la même manière à une douleur identique. L'anatomie et la physiologie ne suffisent pas à expliquer ces variations. Ce n'est pas le corps qui souffre mais l'individu en son entier. La douleur n'est pas simplement une sensation, mais une perception individuelle.* » (F. Atallah, 2004)

Pour établir une relation de soin optimale, le soignant doit considérer chaque dimension de la personne soignée. Son verbal doit être en congruence avec son non verbal.

Rachel met en avant l'importance de l'expérience et de la confiance dans la relation de soin. Les patients évaluent souvent la compétence d'un soignant sur la base de son expérience et sa dextérité à exécuté le soin. Elle souligne que si un soin est douloureux, cela peut affecter la confiance future du patient envers le soignant. Elle reconnaît la difficulté de certaines situations, comme la contention, qui, bien qu'elles soient médicalement nécessaires, peuvent nuire à la relation.

Pour Janice, la qualité de la relation soignant-soigné repose principalement sur l'attitude du soignant. Elle croit fermement que c'est le soignant qui détermine la qualité de la relation, quelle que soit la douleur ou la pathologie du patient. Elle met l'accent sur la communication, tant verbale que non verbale, comme étant cruciale pour établir une bonne relation. Elle insiste sur la prise en soin holistique, qui ne se limite pas seulement à la médication, mais comprend aussi d'autres formes de soins et d'écoute.

Phoebe se concentre sur l'importance de prendre en compte le ressenti du patient. Elle estime que si le patient se sent écouté et compris, cela aura un impact positif sur la relation de soin. Elle aborde la douleur, non seulement comme une sensation physique, mais aussi comme un ressenti émotionnel qui doit être pris en compte pour une prise en soin efficace. Elle met en avant la nécessité de communiquer et d'expliquer au patient pour réduire l'anxiété et favoriser une meilleure relation de soin.

Ces trois soignantes soulignent l'importance de la confiance, de la communication et de l'écoute dans la relation de soin. Bien que chacune ait ses propres perspectives et expériences, elles s'accordent toutes sur le rôle central du soignant dans la détermination de la qualité de la relation avec le patient.

La relation de soin, en intégrant les médecines alternatives, évolue vers une prise en soins plus globale et individualisée du patient. Ces approches complémentaires renforcent le lien thérapeutique en offrant des modalités de soin diversifiées, permettant de répondre à des besoins spécifiques tout en respectant la singularité de chaque individu. Ainsi, la complémentarité entre soins conventionnels et alternatives enrichit la qualité de la relation avec le patient, favorisant un parcours de guérison centré sur l'harmonie du corps et de l'esprit.

4.4.5. Éléments inattendus

Pendant mes entretiens avec les professionnels de la santé, d'autres sujets ont été évoqués en plus de ceux que j'avais prévu, j'ai laissé les soignants s'exprimer et développer certaines de leurs pensées.

Rachel évoque la place de l'accompagnant dans la prise en soin de la douleur. Elle indique que la présence d'un proche est rassurante et réconfortante pour le patient, en particulier lors de soins susceptibles de générer de l'anxiété et du stress. L'accompagnant offre un soutien émotionnel crucial au patient.

Elle note que la restriction des visites pour des actes douloureux depuis la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur le bien-être des patients.

L 142-147 p. XIII « c'est un truc aussi que j'en ai pas parlé mais il y a aussi la place de l'accompagnant. Il y en a que ça rassure aussi quand il y a quelqu'un à-côté, mais pas du personnel soignant, leur famille, enfaites. Ça m'est arrivé que des personnes qui me disent : faites rentrer ma femme, par exemple, ou faites rentrer mon mari, ou mon père, fin... n'importe quel accompagnant et ça aussi parfois ça rassure et, et c'est quelque chose qu'on a tendance à enlever. En plus, avec le covid, on fait plus rentrer les familles et sur un acte douloureux, [...] Ça peut changer quelque chose. »

Elle exprime également sa frustration quant à la gestion du temps dans les soins, regrettant parfois de ne pas pouvoir prendre en charge la douleur des patients de la manière qu'elle aimerait en raison de la charge de travail. Elle mentionne que certaines contraintes, telles que la rapidité des actes médicaux, peuvent entraver la gestion efficace de la douleur.

L 162-164 p. XIII : « Après, voilà, je trouve que la douleur dans les soins, il y en a, c'est sûr, on ne peut pas l'enlever celle-là après, on n'a pas toujours le temps de la prendre en charge comme on aimerait et ça c'est bien dommage, je trouve. »

Quant à **Janice**, elle estime que l'institut de formation en soins infirmier devrait former les étudiants sur la communication positive. Elle explique que les étudiants manquent de sensibilité dans leur langage et qu'ils doivent être mieux préparés avant d'entrer dans la profession.

L 188 p. XXII : « En conclusion, les élèves devraient être formés ! »

L 190 p. XXII : « parce qu'ils nous forment nous, mais les élèves, ils arrivent, ils ont aucune notion du langage. »

L 194-195 p. XXII : « Je le vois, ils arrivent... ils disent : allez bonjour ! Madame, je vais vous piquer ! [...] Qu'est-ce qu'ils racontent ! »

L 198-199 p. XXII : « Quand ils arrivent, je vais vous faire un pansement ! Mais qu'est-ce que tu racontes... On ne peut dire les choses comme ça ! Il faut dire j'arrive je vais vous faire mal ? [ironique] »

L 203-206 p. XXII « mais ça dépend mais ça peut aussi rassurer. Mais après, c'est à nous d'avoir le comportement qu'il faut. Mais c'est vrai qu'au niveau élève, je pense que le premier travail serait à faire avant de parler, de former des... qu'on devient tous infirmières. Moi, je suis vieille infirmière, donc moi j'ai la vieille formation. Donc qu'on me forme moi oui, mais il faudrait former d'abord les élèves. Voilà ! »

Janice insiste également sur le fait que le manque de temps constitue un obstacle majeur à la mise en place d'approches alternatives de gestion de la douleur, telles que l'hypnose. Elle m'explique aussi qu'il faudrait disposer de locaux adaptés et dédiés à ces médecine alternatives afin d'accueillir les patients dans un espace rassurant et accueillant.

L 118-120 p. XX : « Le problème, c'est pas les personnes qui refusent, c'est le temps. Notre problème, ce n'est pas parce que même les médecins, même les vieux, les vieux aussi bien les jeunes, sont tout à fait d'accord l'ostéopathie tout ça. Même pour les brûlures, tout ça, tout le monde est d'accord. Mais... mais c'est le temps... ! »

L 122 p. XX : « [...]se serait le temps et les locaux. »

Phoebe met en avant le lien entre les émotions et les blocages énergétiques. Elle explique comment la médecine chinoise considère que les émotions peuvent perturber l'équilibre énergétique du corps, et elle mentionne l'utilisation de la RESC pour rééquilibrer ces énergies.

L 111-115 p. XXV : « Voilà ! Quand il y a des blocages énergétiques par rapport à des douleurs ou des... souvent, médecine chinoise on-dit : quand il y a des douleurs, il y a des

blocages énergétiques ou il y a un dysfonctionnement, ou quand les émotions sont mal équilibrées, fin quand les émotions sont là, c'est qu'il y a déséquilibres énergétiques. Donc on essaye de rééquilibrer les énergies par rapport aux émotions qui sont plus... Par exemple, quand tout va bien ! ton corps fonctionne bien ! je te fais une image »

Elle partage une expérience de patiente qui a souffert émotionnellement et physiquement en raison du décès de son époux, soulignant l'impact des émotions sur la douleur.

L 208-212 p. XXVIII : « La semaine dernière, je me suis occupée d'une patiente qui était mais alors..., J'ai rarement vue des gens comme ça. [...] Elle a perdu son époux. Elle était dans une douleur... (hésite), elle était ses émotions, mais elle était fermée. Elle était toute crispée. Elle était comme ça sur son lit (mime la patiente). Elle pleurait, impossible de là de fin [...] c'était [...], j'ai rarement vu des gens comme ça. »

L 214-215 p. XXVIII : « C'était... elle était prostrée. C'était terrible pour elle. Elle avait tellement mal au ventre ! de la douleur qu'elle avait par rapport à ses émotions. C'est terrible quand même. »

Phoebe insiste sur l'importance de traiter les patients dans leur globalité en prenant en compte leurs émotions et leurs besoins psychologiques. Elle compare les patients à des « athlètes » en mettant en avant leur détermination face à des traitements lourds.

L 217-223 p. XXVIII : « Ah ! non mais ça tu me parle ça à moi, mais il n'y a pas de souci. (sourie) ça, j'en suis tout à fait convaincu. Je trouve que c'est pour ça qu'on s'occupe des gens, dans leur globalité... Par rapport aux émotions, tout ce que ça peut faire. La volonté et la puissance des émotions, on n'en a pas la (hésite), [...] on s'imagine pas autant qu'il y a la puissance qu'on peut avoir en nous... (réfléchie) Les grands athlètes, qu'ils ont de la volonté et qui vont jusqu'au bout de leur force aussi, c'est positif. Mais, mais, c'est les émotions, mais c'est la volonté, c'est, c'est tout ça. Et les patients, des fois, avec les traitements, qui sont lourds, c'est pareil ! C'est, ce sont entre guillemet des grands athlètes ! (sourie) »

Dans l'ensemble, ces professionnels de santé mettent en avant des défis liés à la gestion de la douleur dans leur pratique quotidienne, notamment les contraintes de temps et la nécessité d'une meilleure communication avec les patients. Elles soulignent également l'importance de prendre en compte les aspects émotionnels et psychologiques dans le traitement des patients

4.5. Limites de l'enquête

Lors de l'élaboration de ce mémoire, le facteur temps joue également un rôle important. À chaque étape de ce travail, il est impératif de prendre le temps nécessaire pour accomplir les tâches correctement, en ne négligeant aucune étape. La création de la grille d'entretien est cruciale, car il est essentiel d'exprimer clairement nos attentes afin de mener des entretiens satisfaisants et d'obtenir suffisamment de données pour une analyse approfondie. Pendant la rédaction de cette grille, je me suis interrogé sur la pertinence de mes questions, sur la compréhension qu'en auraient les professionnels de santé, et sur le fait qu'elles aboutiraient aux réponses attendues, sachant que la réalité du terrain serait différente de celle que j'imaginais.

Après validation de la grille d'entretien, vient l'étape de demande d'autorisation pour mener les entretiens dans les établissements de santé, où le délai de réponse n'est pas métrisable. Une fois les autorisations obtenues, il faut ensuite contacter les cadres de santé des services souhaités pour organiser des rendez-vous avec certains soignants en particulier, en coordonnant les disponibilités de chacun. Dès le début de ce travail de fin d'étude, j'avais déjà identifié le service dans lequel je désirais réaliser ces entretiens et les soignants que je souhaitais interroger.

Lors de mon premier entretien avec Rachel, les premières difficultés apparaissent. L'entretien a lieu chez elle, dans son jardin, où son fils de deux ans joue sur le trampoline. Pendant l'entretien, nous pouvons entendre le chant des oiseaux, le bruit d'un avion qui passe dans le ciel, le grincement du trampoline lorsque son fils saute dessus, ainsi que les sollicitations de ce dernier durant l'interview. A certain moment, il est difficile pour Rachel de se concentrer car elle doit surveiller son fils en même temps. Tous ces bruits de fonds ont été enregistrer en même temps que l'entretien, ce qui a parfois entraîné des moments d'incompréhension nécessitant plusieurs réécoutes pour une retranscription correcte.

J'ai également rencontré des difficultés à me limiter strictement aux questions établies dans ma grille d'entretien. Il était difficile de ne pas exprimer mon point de vue, en particulier lorsqu'on interview une personne que l'on connaît depuis des années. Malgré cette amitié, j'ai quand même eu des moments d'hésitation et de bafouillage, ce qui souligne que le métier de journaliste ne s'improvise pas.

Pour mon deuxième entretien avec Janice, je me suis rendu à l'accueil des urgences pour me présenter et annoncer ma présence pour l'interview. La secrétaire m'informe que des infirmiers

viendraient me chercher et me demande de patienter à l'accueil. J'attends patiemment, consciente que je me trouve dans un service d'urgences où le personnel soignant sont très occupé. Après un long moment, je décide de retourner voir la secrétaire pour lui rappeler ma présence. Elle s'excuse et rappelle dans le service. Une infirmière vient à ma rencontre, et je la suis dans les urgences. Elle me fait entrer dans une salle où sont réalisés les examens d'ophtalmologie. Pendant l'entretien, malgré le va-et-vient dans le couloir, nous n'avons pas été dérangés. À ce moment-là, je n'ai pas remarqué que Janice ne terminait pas ses phrases, car j'étais tellement concentrée sur mes questions. Ce n'est que lors de la retranscription que j'ai réalisé que j'avais dû la relancer plusieurs fois pour qu'elle développe davantage sa pensée. J'étais stressée, je cherchais mes mots, et je bafouillais. Je suis déçue de la manière dont j'ai mené cet entretien.

Pour mon troisième entretien avec Phoebe, cela se déroule dans son service, pendant ces heures de travail. Elle est agréablement surprise de me voir car elle ne savait pas que j'étais l'étudiante venue l'interviewer. Nous nous dirigeons vers sa salle où elle réalise les soins socio-esthétiques et d'autres soins de supports. La pièce est apaisante, et un agréable parfum d'huiles essentielles vient chatouiller nos narines. Cet entretien se déroule bien et je ressens une grande passion dans les propos de Phoebe. Pendant l'interview, nous sommes interrompues par une aide-soignante d'accueil, qui est surprise en me voyant. Elle s'excuse et nous laisse poursuivre l'entretien. Je suis ravi du déroulement de cette interview.

J'ai effectué un total de cinq entretiens, mais en raison de contraintes de temps, je n'ai pu en exploiter que trois. Cette limitation était principalement due à la disponibilité des professionnels de la santé, qui ne correspondait pas à mon emploi du temps, ainsi qu'aux défis liés à la transcription, qui prenait un temps considérable. Je ressens une certaine déception de ne pas avoir pu tirer parti des deux entretiens restants, car ils étaient extrêmement instructifs. J'espère avoir l'opportunité de les utiliser lors de ma soutenance, afin d'honorer ces professionnels qui ont généreusement consacré leur temps à répondre à mes questions.

Tous mes entretiens se sont déroulés en personne, à l'exception du dernier, que je n'ai pas pu exploiter et qui s'est fait en distanciel par WhatsApp.

5. Problématique

Dans mon analyse des entretiens, j'ai constaté que chaque soignant interrogé s'efforce constamment d'améliorer sa pratique au quotidien. Ils utilisent régulièrement des thérapeutiques non médicamenteuses ou d'autres techniques pour apaiser le patient pendant les soins. La relation de soin, l'écoute, l'empathie et la reconnaissance du patient constituent l'essence même de ces méthodes alternatives. Ces qualités sont essentielles pour pratiquer des médecines alternatives. Les thérapies non médicamenteuses sont souvent employées par les soignants pour traiter l'anxiété, l'anxiété ou la peur, et certaines traitent ou réduisent la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique.

L'anxiété et la peur peuvent potentialiser la douleur d'un patient. Ainsi, pour réduire la douleur induite par les soins, il est crucial de s'occuper en premier lieu de la douleur initiale et avoir une approche rassurante et positive auprès du patient, le rendant ainsi plus réceptif pour vouloir pratiquer une thérapie non médicamenteuse.

J'ai pu observer avec l'aide de mon cadre théorique et aussi grâce aux résultats de mes entretiens avec les soignants, qu'il apparaît une demande croissante pour des soins plus holistiques et personnalisés de la part des soignants et des patients, il est essentiel d'harmoniser les pratiques médicales. Cela signifie trouver un équilibre entre la médecine conventionnelle et la médecine alternative, pour opter pour une médecine intégrative qui offrirait un éventail plus large d'options thérapeutiques médicamenteuses ou pas pour les patients. Il serait bénéfique d'intégrer une sensibilisation à la découverte ou à la pratique des soins alternatifs dans la formation de tous les professionnels de santé, afin que chaque patient puisse bénéficier aux mêmes droits d'accès à ces méthodes alternatives.

Il est important de mieux former et sensibiliser les professionnels de santé aux douleurs induites pendant les soins. Ces douleurs peuvent être évitées si le soignant opte pour une approche plus réflexive de sa pratique avant de pratiquer son soin. Une meilleure collaboration en équipe et une approche pluridisciplinaire sont également essentielles au bon déroulement du soin. Il est important de bien communiquer et d'utiliser toutes les ressources disponibles, matérielles ou humaines, pour assurer une prise en soin optimale du patient

5.1. Question de recherche

Si, je devais continuer ce mémoire, j'ai pu identifier que le principal obstacle à la prise en soins des douleurs induites et à l'accès aux médecines alternatives est le manque de temps. Les soignants que j'ai interrogés et même d'après ma propre expérience en tant que soignante et le sujet le plus souvent évoqué est la temporalité dans le soin. Les journées des soignants sont souvent surchargées, chronométrée, laissant peu de place à l'imprévu. Dans un tel environnement, nombreux sont ceux qui se tournent vers des solutions médicamenteuses plus rapide d'action au détriment des thérapies non médicamenteuses. Cette problématique invite à une réflexion profonde sur les conséquences du manque de temps et comment cela façonne les choix thérapeutiques proposés.

J'ai émis l'hypothèse qu'étant donné les défis actuels auxquels sont confrontés les établissements de santé, tels que les difficultés de recrutement de professionnel de santé, le manque de formations continues pour les soignants déjà en exercice, la surcharge de travail et les responsabilités croissantes associées à chaque soignant, il pourrait devenir de plus en plus difficile de trouver des soignants formés aux médecines alternatives dans l'avenir. Actuellement les soignants relèvent quotidiennement d'innombrables défis, comme notamment le manque de temps pour réaliser des soins appropriés aux patients, ce qui impacte régulièrement la réalisation dans la journée d'autre projet comme la mise en œuvre des médecines alternatives qui demande aussi du temps. Afin d'approfondir cette réflexion, je propose la question de recherche suivante :

En quoi la notion de temporalité peut-elle impactée la mise en place des médecines alternatives ?

6. Conclusion

Lors de la rédaction de ce mémoire et en tant que professionnel de santé, j'ai pu observer l'efficacité des médecines alternatives sur le corps, l'esprit et les énergies. Ces thérapies non médicamenteuses ont un impact profond sur le bien-être d'une personne en souffrance. Les soignants que j'ai interrogés soutiennent unanimement leurs méthodes non médicamenteuses, notant des effets bénéfiques dans leur pratique quotidienne. Qu'on soit en bonne santé ou malade, tout le monde peut accéder et bénéficier des médecines alternatives. Il existe une multitude de thérapies non médicamenteuses, avec de nouvelles alternatives qui apparaissent régulièrement pour permettre d'accompagner d'innombrables patients dans le monde.

Cependant, notre système de santé rembourse peu, voire pas du tout ces approches non médicamenteuses, bien que l'acupuncture, l'ostéopathie et l'homéopathie soient largement reconnues pour leur bienfait, ce sont les seules médecines alternatives remboursées en France par la sécurité sociale. Et paradoxalement, de plus en plus de gens se tournent vers ces médecines alternatives.

Ce travail m'a sensibilisé à l'importance des soignants, qui, même sans formation spécifique, se dévouent quotidiennement pour le bien-être de leurs patients. Ce mémoire et mon immersion ponctuelle dans l'univers des médecines alternatives ont grandement impacté ma vision de cette approche du soin et influencera ma future pratique professionnelle.

Enfin, cette conclusion ne clôture pas seulement mon mémoire, mais aussi trois années marquées d'émotions variées. Ce travail et la formation qui l'accompagne ont profondément transformé ma vie et m'ont donné de nouvelle perspective sur ma future profession.

« La médecine est une science basée sur l'incertitude et un art de la probabilité ».

Dr William Osler,

7. Bibliographie

7.1. Questionnement

- <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-84.htm>
- <https://www.essentiel-sante-magazine.fr/sante/traitements-soins/medecines-alternatives-complementaires-en-5-questions>
- <https://www.essentiel-autonomie.com/sante-mon-proche/therapies-non-medicamenteuses-soins-benefiques-personnes-agees>

7.2. Cadre de référence

Article sur la douleur

- <https://www.interclud-occitanie.fr/actualites-et-reglementation/actualites-douleur/eid/2414/liasp-propose-une-nouvelle-definition-de-la-douleur>
- <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi>
- <http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2016-12-17/douleur-chronique-trois-types>

Article différence entre douleur et souffrance

- <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/souffrance>
- <https://journals.openedition.org/revss/2819#:~:text=Si%20douleur%20est%20un%20concept,du%20sujet%20qui%20la%20ressent>

Article historique

- <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-ifs-i-entre-douleur-et-souffrance>

Article sur la durée

- <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-aigue-chronique>

- <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>

Article sur le cadre législatif

- https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002041523#:~:text=%C2%AB%20Toute%20personne%20a%20le%20droit,digne%20jusqu'%C3%A0%20la%20mort.

Article sur la douleur induite par les soins

- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415046/document>

Article sur les différentes médecines

- <https://www.eki-vie.com/2022/10/31/les-6-differences-entre-medecine-conventionnelle-et-medecine-non-conventionnelle/>

Définition médecine conventionnelle

- <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/281-medecine-conventionnelle/>

7.3. Enquête exploratrice

7.4. Sitographie

Image page de garde : <https://fr.depositphotos.com/vector-images/souffrance.htm> Annexes

Bibliographie

(EVA), L. V. (s.d.). *L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE (EVA)*. Récupéré sur <https://www.antalvite.fr/echelle-visuelle-analogique/>

Barbier, É. e. (2020). *Hypnose en soins infirmiers: En 30 notions*. (É. Barbier, Éd.) Paris: Dunod. Consulté le 2023, sur <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/dunod.barbi.2020.01.0039>

Basse-Normandie, R. r. (2015, 05 22). Récupéré sur RSVA: https://rsva.fr/wp-content/uploads/2019/12/Diaporama_comment_faire.pdf

comportementale, É. d. (s.d.). *Échelle d'évaluation comportementale*. Récupéré sur <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2021/04/ECPA-2.pdf>

- Cynthia. (s.d.). *confiance en soin*. Récupéré sur <https://confiance-en-soin.com/la-communication-positive/>
- David, L. B. (2012). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié. Récupéré sur <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/anthropologie-de-la-douleur--9782864241911-page-11.htm>
- Dr Daniel Annequin, p. h.-d. (2002-2005). *Le programme de lutte contre la douleur*. Récupéré sur sante.gouv.fr: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- Eymard-Simonian, C. (2000). La problématisation méthodologique dans la formation à la recherche en éducation. (U. d. Faculté d'éducation, Éd.) 7(2). doi:: <https://doi.org/10.7202/1016939ar>
- F. Atallah, Y. G. (2004). L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 722–729.
- Fouchier, P. (s.d.). Récupéré sur RESC résonance sous cutané: <https://resc.fr/quest-ce-que-la-resc/definition/>
- Fouchier, P. (s.d.). *définition*. Récupéré sur RESC ou La Résonance Sous Cutanée : <https://resc.fr/quest-ce-que-la-resc/definition/>
- français, g. (1995, février 4). *legifrance.gouv.fr*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000166739/](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000166739/)
- français, g. (2002, mars 4). *legifrance*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/)
- français, g. (2004, août 8). *legifrance.gouv.fr*. Récupéré sur [legifrance.gouv.fr: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889)
- français, g. (2015, juin 2). *sante.gouv.fr*. Récupéré sur [sante.gouv.fr: https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics#:~:text=Pour%20soutenir%20les%20efforts%20engag%C3%A9s,la%20douleur%20chronique%20comme%20prioritaire.](https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics#:~:text=Pour%20soutenir%20les%20efforts%20engag%C3%A9s,la%20douleur%20chronique%20comme%20prioritaire.)
- Françoise Péju, M. B. (2010, juillet/août). *OXYMAG*. Récupéré sur [resc.fr: https://resc.fr/wp-content/uploads/2019/06/RESC-Oxymag-07-2010.pdf](https://resc.fr/wp-content/uploads/2019/06/RESC-Oxymag-07-2010.pdf)
- Hentz, F. M. (2009). *Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers – résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisé*. Récupéré sur [cairn info: https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-92.htm](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-92.htm)
- Histoire de la sophrologie*. (2011, décembre 5). Récupéré sur [Chambre Syndicale de la Sophrologie : https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/histoire-sophrologie/](https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/histoire-sophrologie/)
- J.W, C. (1998).

- Marseille, h. S. (s.d.). Récupéré sur <https://www.hopital-saint-joseph.fr/r/367/la-charte-du-patient-hospitalise/>
- multidimensionnelles, É. (s.d.). *Échelles multidimensionnelles* . Récupéré sur file:///C:/Users/chris/Downloads/4_QDSA.pdf
- Nathalie, B. (2020). *Sophrologie* (Vol. Les Ateliers du praticien). (Dunod, Éd.) Dunod. Consulté le 2023, sur <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/dunod.baste.2020.01>
- Nathalie, H. (2017). « *Chapitre 19. Sophrologie et soins infirmiers* ». (B. Etchelecou, Éd.) Paris: Dunod. Récupéré sur <https://doi-org.lama.univ-amu.fr/10.3917/dunod.etche.2017.01.0409>
- Piquard, L. (2019, 10 31). Récupéré sur Actu Soins: <https://www.actusoins.com/318822/comment-les-mots-aident-a-soulager-les-maux.html>
- RRDBN, I. i. (s.d.). Prévenir la douleur induite par les soins. *Réseau Régional Douleur (Basse Normandie)*, 3.
- Saint-Joseph, H. P. (2023). *Qu'est-ce que l'hypnose?* Récupéré sur Hôpital Paris Saint-Joseph: <https://www.hpsj.fr/specialites/institut-dhypnose/generalites-sur-lhypnose/quest-ce-que-lhypnose/>
- santé, N. L.-J. (2009, avril 9). *Le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la douleur*. Récupéré sur Infirmiers.com : <https://www.infirmiers.com/profession-ide/le-role-de-linfirmier-dans-la-prise-en-charge-de-la-douleur>
- Solidarités, X. B. (2006 - 2010). *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010*. Récupéré sur [sante.gouv.fr: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)
- Stéphanie, O. (2008). *Gérontologie et société* (Vol. 31). Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-3-page-157.htm>
- TILT : Temps, i. l. (s.d.). *TILT : Temps, intensité, localisation, type*. Récupéré sur <https://www.soins-palliatifs-mayenne.fr/documentation/file/72.doc>
- Wong-Baker, É. d. (s.d.). *Échelle de visages de Wong-Baker* . Récupéré sur <https://www.semanticscholar.org/paper/A-functional-analysis-of-the-Wong-Baker-Faces-Pain-Oliveira-Batalha/d735da3edb1ed0a249727e43cc2931f4226defdf>

8. Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I : Charte de la personne hospitalisée.....	II
Annexe II : Les différentes échelles de la douleur	III
Annexe III : Grille d’entretien	VII
Annexe IV : Lettre type de demande d’entretien	VIII
Annexe V : Réponses aux demandes d’entretien	IX
Annexe VI : Entretien avec Rachel infirmière aux urgences le 06/09/2023	X
Annexe VII : Entretien avec Janice infirmière aux urgences le 14/09/2023	XVII
Annexe VIII : Entretien avec Phoebe aide-soignante en oncologie le 14/09/23	XXIII
Annexe IX : Analyse Thématique	XXXII
Analyse Thématique : Douleur.....	XXXII
Analyse Thématique : Douleur induite par les soins.....	XXXVI
Analyse Thématique : Alternatif	XLI
Analyse Thématique : Relation de soins soignant/soigné	XLV
Analyse Thématique : Inattendue	XLVII
Annexe X : Autorisation de diffusion du travail de fin d’étude	L

Annexe I : Charte de la personne hospitalisée


Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la Santé
et des Solidarités

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux* circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

-  1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
-  2. Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
-  3. **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
-  4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
-  5. **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
-  6. Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
-  7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
-  8. **La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
-  9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
-  10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
-  11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

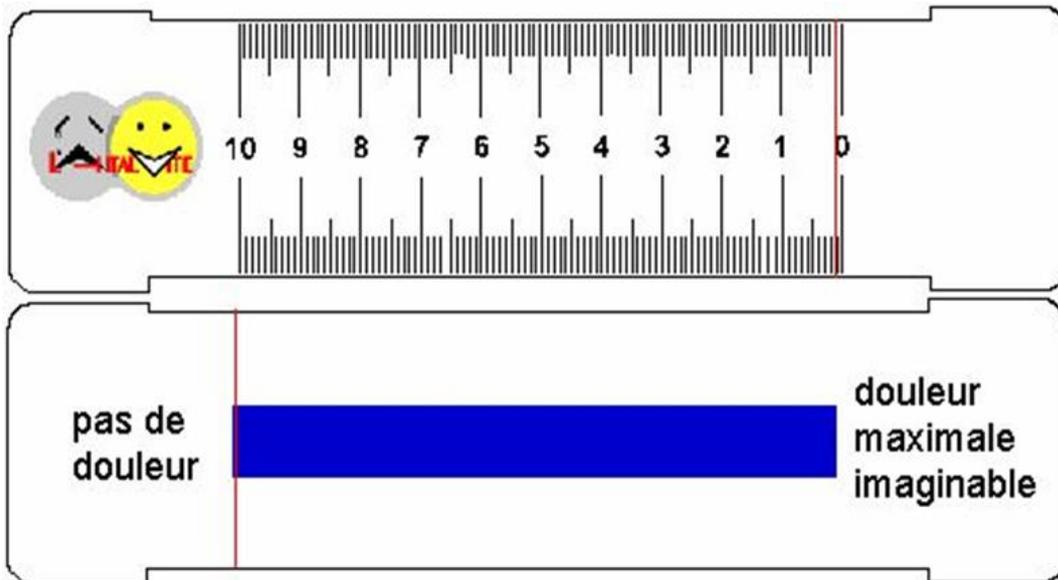
* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

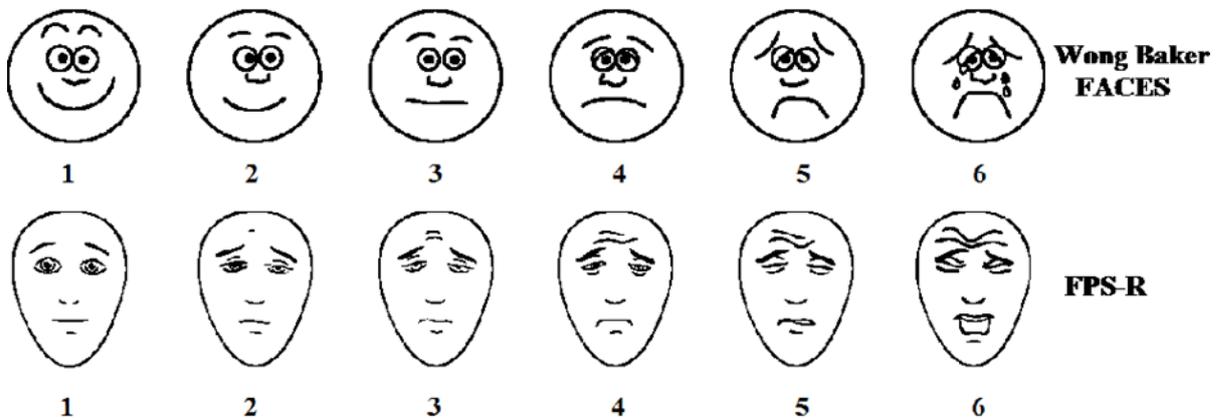
Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Annexe II : Les différentes échelles de la douleur

Echelle Visuelle Analogique :



Échelle de visages de Wong-Baker :



Échelle d'évaluation comportementale :

**SCORE TOTAL
DE L'ECHELLE :**

**E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur
chez la Personne Agée non communicante**

Identifiant patient

<i>I. Observation avant les soins</i>	<i>II. Observation pendant les soins</i>
<p>1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé t/ou crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 :Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 :Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 :Immobilité contraire à son habitude* 4 :Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4. RELATION A AUTRUI Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 :Même type de contact que d'habitude* 1 :Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 :Évite la relation contrairement à l'habitude* 3 :Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 :Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration</p>	<p>5. Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 :Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6. Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p> <p>Date : Heure :</p> <p>Nom du cotateur :</p>

Échelles multidimensionnelles :

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez d'habitude. Dans chaque groupe de mots choisissez le plus exact. Donnez au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4.

Cotation : 0 : Absent / Pas du tout 1 : Faible / Un peu 2 : Modéré / Moyennement
3 : Fort / Beaucoup 4 : Extrêmement fort / Extrêmement

A	Battements			J	Fatigante		
	Pulsations				Enervante		
	Elancements				Ereintante		
	En éclairs				K	Nauséuse	
	Décharges électriques					Suffocante	
Coups de marteau		Syncopale					
B	Rayonnante			L	Inquiétante		
	Irradiante				Oppressante		
C	Piqûre				Angoissante		
	Coupure			M	Harcelante		
	Pénétrante				Obsédante		
	Transperçante				Cruelle		
	Coups de poignard			Torturante			
D	Pincement			Supplicante			
	Serrement			N	Gênante		
	Compression				Exaspérante		
	Ecrasement				Pénible		
	En étau				Insupportable		
Broiement							

E	Tiraillement			O	Enervante	
	Éirement				Exaspérante	
	Distension				Horripilante	
	Déchirure			P	Déprimante	
	Torsion				Suicidaire	
Arrachement						
F	Chaleur					
	Brûlure					
G	Froid					
	Glace					
H	Picotements					
	Fourmillements					
	Démangeaisons					
I	Engourdissement					
	Lourdeur					
	Sourde					

TILT (Temps, intensité, localisation, type) :

➔ Utiliser et transmettre le TILT :

Temps : quand ? A quel moment ? Jour ? Nuit ?
Depuis quand ? Évolution ?

Intensité : évaluation par échelle adaptée
Retentissement sur sommeil, appétit, mouvements,
humeur...

Localisation de la douleur

Type de douleur exprimé par le patient (coup de
poignard, serrement, compression, décharge
électrique, brûlure, sensation de froid,
fourmillements, picotements, élancements...)

- **Si douleur neuropathique suspectée,
utiliser le questionnaire DN4**

Annexe III : Grille d'entretien

Présentation parcours professionnel

- Pourriez-vous vous présenter et décrire votre parcours professionnel ?
- Age
- Depuis quand êtes-vous diplômé ?
- Choix du service et pourquoi ce service ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

La douleur

- Pourriez-vous me décrire votre dernière PEC de la douleur que vous avez réalisée auprès d'un patient ?
 - A-t-elle été efficace pour vous ?
 - Auriez-vous procédé différemment ?

Douleur induite par les soins

- Quelles sont les approches thérapeutiques que vous mettez en œuvre pour lutter contre la douleur induite par les soins ?
 - Au sein de votre service ?
 - Idéalement, selon vous, quelle serait la meilleure approche ?
 - Quels outils sont utilisés dans votre service ?

Les alternatives

- Pour vous qu'est-ce que les médecines alternatives ?
- Pensez-vous qu'elles ont une place dans la PEC de la douleur ?
- Que pensez-vous de la conciliation entre médecine conventionnelle et les médecines alternatives ?
 - Sont-elles compatibles ou incompatibles et pourquoi ?
 - Sont-elles présentes dans votre service ? Si oui, par qui et comment sont-elles mises en place ?

La relation de soin

- Pensez-vous que la douleur induite par les soins a une influence sur la relation soignant/soignée ?
 - Décrivez-moi une situation svp

Annexe IV : Lettre type de demande d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Sanchez Carmen
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : 530 Avenue Louis Boudin
84800 L'Isle sur la Sorgue

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06.22.68.73.85
Mail : carmen.san16@hotmail.com

Avignon, le ..29/08/2023.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)
service(s) : HDJ oncologie, urgence pédiatrique, soins palliatifs, urgence adulte
auprès de la(des) population(s) : infirmiers et aides-soignants

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'utilisation des alternatives non médicamenteuse qui permette de réduire la douleur induite par les soins

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Ma grille d'entretien est en copie ci-joint.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

SANCHEZ Carmen

Annexe V : Réponses aux demandes d'entretien



DIRECTION DES
SOINS

Tel : [REDACTED]

Affaire suivie par :
[REDACTED]
Cadre Supérieur de Santé
[REDACTED]
(secrétariat)

Carmen SANCHEZ
530 avenue Louis Boudin
84800 L'ISLE SUR LA SORGUE

[REDACTED] le 30/08/2023

OBJET : TFE
N/Ref.VB/MP/23

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'études.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- [REDACTED] cadre de santé de l'HDJ Onco au [REDACTED]
- [REDACTED] cadre de santé des urgences pédiatriques au [REDACTED]
- [REDACTED] cadre de santé des soins palliatifs au [REDACTED]
- [REDACTED] cadre de santé des urgences au [REDACTED] ou [REDACTED] cadre de santé des urgences au [REDACTED]

afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

[REDACTED]



Annexe VI : Entretien avec Rachel infirmière aux urgences le 06/09/2023

- 1 *Carmen* : Je vais te demander de te présenter, ton âge [euuh], le choix du service et pourquoi ce service, les
2 années de diplôme et euh.... combien de temps que ça fait que tu exerces, et tout ça quoi.
- 3 *Rachel* : D'accord ! Alors moi, je m'appelle Rachel je suis infirmière depuis (réfléchis) onze ans. J'avais commencé
4 par un poul urgence/réa [euh...] à Lyon pendant quelques mois, puis je me suis pas trop à climaté à Lyon, je suis
5 revenu ici (sourie) et là je suis parti donc aux urgences. [Euh...] Ça fait dix ans maintenant que je suis aux urgences
6 et j'ai choisi ce service parce que, au départ, je voulais faire du SMUR, peut être après, et avant de me retrouver
7 seule [euh...] en intervention, je voulais [euh] d'abord [beh] acquérir toutes les techniques [beh...] de soin avant de
8 me retrouver seul. Et au final, [beh] j'ai aimé les urgences et je suis resté aux urgences. Et [...] maintenant, donc
9 depuis l'année dernière, je suis à mi-temps au CESU sur la formation .. et j'ai 34 ans ..., j'ai oublié de te le dire.
10 [rire] [se racle la gorge]
- 11 *Carmen* : Ok ! ... Alors ... est-ce que tu pourrais me décrire euh ta dernière prise en charge de la douleur [...] que
12 tu as réalisé auprès d'un patient ?
- 13 *Rachel* : [...] [euh ...] beh Sur une pose de cathéter ... [euh...] oui, beh c'est les gens qui ont qui ont peur d'avoir
14 mal quand on leur pose le cathéter. Et du coup [euh] tu veux que je t'écrive quoi ? comment moi , je l'ai.
- 15 *Carmen* : Comment tu [euh] , faites, comment tu ... ta situation, comment ça s'est passé ? tout ça ! Est ce qu'elle a
16 été efficace pour toi ? Est-ce que... ?
- 17 *Rachel* : [Euh...] Alors attend, j'essaie de bien la revisualisé... [euh...] [beh] c'était [euh], c'était une dame que qui
18 [beh] qui avait un petit peu peur des cathéters. Je le voyais parce qu'elle était un peu crispée. Elle tournait la tête,
19 elle [euh] elle me l'a dit d'ailleurs. Puis elle était assez tendue, assez raide, et donc moi je suis allé dans la salle
20 pour la, pour la perfuser. Et moi ..., ce que je fais quand je vois qu'ils ont un petit peu peur, je leur parle et je leur
21 demande s'ils veulent que je les préviennne quand je pique, ou pas ... et alors si ils me disent non [beh] du coup je
22 parle et je ..., l'intègre dedans. S'ils me disent oui, juste avant, je dis [euh] [beh] [euh] attention, je vais piquer ! et
23 euh respirez bien ! euh et je vous pique ! et je pique à ce moment-là. Là elle du coup elle voulait pas que je lui
24 parle, [euh] fin elle voulait pas que je la préviennne quand je vais piquer du coup [euh] j'ai beh je lui ai parlé de
25 tout, et je leur pose souvent une question. Alors je pars souvent sur le travail, parce que je pense que c'est facile
26 [rire] à trouver de quoi parler. Donc je leur demande ce qu'ils font et après, je rebondis dessus et [euh] et en faites
27 je leur pose une question juste avant de piquer et au moment où, eux, ils me répondent : là je pique, parce que je
28 me dis : si c'est quand moi je parle ils sont attentifs [euh] différemment, je pense... alors que quand c'est eux ils
29 sont vraiment concentrés sur autre chose et là je pique. Et une fois que j'ai piqué, par contre, je leur dis : [beh] je
30 leur laisse finir leur phrase. Après..., c'est bon, j'ai piqué, ça fera pas plus mal que ça. Et après [beh], on a continué
31 à parler comme ça au moins ça l'occupe un petit peu sur autre chose et euh après beh, j'ai fini mon soin. Et puis,
32 au final [beh] [euh], je pense que ça a été efficace parce qu'elle n'a pas fait de malaise. [rire]. Tu vois, elle m'a rien
33 dit de particulier après. Donc je pense que ça a été efficace.
- 34 *Carmen* : D'accord ! et est-ce que tu, tu crois que tu aurais procédé différemment ou pas ?
- 35 *Rachel* : [beh...] Non, parce que je m'en sers souvent de cette technique au final, je trouve, ça marche bien,
- 36 *Carmen* : Donc tu vois que c'est efficace.
- 37 *Rachel* : D'ailleurs parfois, il y a des gens, ils le disent : [euh] [ah] [beh] ça y est c'est fini. Beh Oui, oui, c'est bon
38 [rire]. Bon après, parfois, il y en a, ils s'arrêtent de parler d'un coup, donc on comprend qu'ils ont quand même un
39 peu mal, mais... [rire]
- 40 *Carmen* : Finalement cette dame, elle [...]
- 41 *Rachel* : [beh] après, non, c'est bon, on a fini le soin, et puis après, euh il n'y a pas eu d'autres soucis euh... On a
42 continué la journée, elle m'en a pas reparlé donc euh...

- 43 *Carmen* : D'accord, ok.
- 44 *Carmen* : ...euh Quelles sont les approches thérapeutiques que tu mets en œuvre pour lutter contre la douleur
45 induite par les soins ?
- 46 *Rachel* : [beh] du coup beaucoup l'échange verbal, beaucoup la parole, puisque moi, j'ai pas de formation autre.
47 euh... Après, parfois, selon ce que c'est je demande : le Meopa ou [euh] un antalgique, [ouais] plus le Meopa.
48 Parfois quand on a vraiment le temps aussi, à beh non c'est médicamenteux tout ça ! Toi, c'est des approches autres
49 que médicamenteux.
- 50 *Carmen* : Non ! des approches thérapeutiques. Après, tu peux me dire [euh]
- 51 *Rachel* : [beh] Emla quand vraiment on a le temps, par exemple sur un [euh...] pour une ponction lombaire, tout
52 ça là ! Je vais essayer de la poser. [Euh] Ou si vraiment j'ai le temps de poser le cathéter, que je vois que c'est
53 quelqu'un qui est vraiment très anxieux, bon que je peux temporiser le KT, je peux m'en servir. Mais bon c'est rare,
54 parce qu'on n'a pas souvent le temps. Le Meopa, ça m'est arrivé [euh], ça demande servir, surtout tout ce qui est
55 suture aussi, les gens qui ont un peu peur ou [euh..]. voilà, ou qui ont mal, et après sinon, moi, je fais appel à ceux
56 qui sont formés à l'hypnose.
- 57 *Carmen* : D'accord !
- 58 *Rachel* : Quand vraiment que je vois que ça les stresse trop les gens, je leur demande : est-ce que ça vous intéresse
59 si [euh], si beh je vais chercher quelqu'un qui fait de l'hypnose, tout ça ! Alors il y en a ils sont pas réceptif, ils
60 disent non tout de suite, et il y en a oui, et dans ce cas, je vais chercher quelqu'un qui le fait. Mais c'est pareil, c'est
61 tributaire du temps qu'on a dans le service.
- 62 *Carmen* : et ouais !
- 63 *Carmen* : Et euh et ceux qui sont euh justement formés, c'est quoi ? C'est des infirmiers, c'est des aides-soignants,
64 c'est [euh] ?
- 65 *Rachel* : euh... C'est alors des infirmiers, oui, il y en a plusieurs, des aides-soignants ..., [beh] j'en ai pas en-tête.
66 Mais ...
- 67 *Rachel* : C'est des infirmiers qui sont formés
- 68 *Rachel* : Mais je pense que c'est ouvert à l'aide-soignant aussi, je pense.
- 69 *Carmen* : Mais là, aux urgences, c'est des infirmiers qui sont plus formés ?
- 70 *Rachel* : Ouais !
- 71 *Rachel* : Mais parce que je pense que c'est eux qu'on plus fait la demande.
- 72 *Carmen* : D'accord !
- 73 *Rachel* : ... Et en faites alors [euh] souvent, ce qu'ils font, c'est que eux, ils se concentrent vraiment sur l'hypnose
74 euh... ils font tout leur travail avec le patient et nous, à-côté, on fait le soin technique.
- 75 *Carmen* : Mmm !
- 76 *Rachel* : et du coup [bah...] c'est-il faut repérer le moment, elle te fait signe quand c'est le moment, mais du coup
77 euh il faut bien calculer. Moi, ça m'a arrivé une fois, [beh] c'était A***** qui était venu faire l'hypnose et enfaites
78 donc elle m'a fait signe que je pouvais piquer et enfaites j'ai loupé le KT. Donc il a fallu repiquer !! donc il a fallu
79 qu'elle relance dans l'hypnose. ça était...
- 80 *Carmen* : Et Ouais mais bon, après ça c'est...
- 81 *Rachel* : Bah sa arrive mais... (rire)
- 82 *Carmen* : Ouais il faut être sûr de ton coup, d'être bien euh.

- 83 *Rachel* : [beh] J'ai eu l'impression de casser tout sans travail, la pauvre ! Bon ! au final, ça s'est fait. La personne
84 était toujours dans son processus d'Hypnose et j'ai repiqué, et s'est passé, mais moi, je n'étais pas très bien. (rire)
- 85 *Carmen* : Mais je comprends, c'est sûr. C'est vrai que tu vois, tu penses pas à ça, ouais !
- 86 *Rachel* : [beh] du coup il faut être coordonner et oui !
- 87 *Carmen* : Et être sûr d'être... que tu sois bien dans la veine et que...
- 88 *Rachel* : Et ouais !!!
- 89 *Carmen* : Ouais !
- 90 *Rachel* : [beh] là elle avait pété la veine, j'étais dedans, mais elle avait pété et tu vois il a fallu la refaire. Ouais !
91 [rire]. Mais bon ça arrive aussi à l'inverse quand on ne fait pas avec l'hypnose et qu'on a des gens qui ont très, très
92 peur des cathéters et qu'on le rate, quand on leur dit : [beh] il faut le refaire et beh ils se liquéfient devant nous
93 [rire]
- 94 *Carmen* : C'est sûr c'est normal, quand ils ont peur.
- 95 *Carmen* : euh Qu'est-ce que pour toi, les médecines alternatives ?
- 96 *Rachel* : Et [beh] Tout ce qui euh, beh là comme on a évoqué l'hypnose, la RESC, les choses comme ça. Après,
97 c'est aussi tout ce qui est homéopathie, médecines chinoises. [euh] J'appelle les marabouts, mais j'oublie tout le
98 temps l'autre nom. [euh] les magnétiseurs [rire]. [euh] Pour moi, c'est tout ça. C'est tout ce qui est pas médecine
99 traditionnelle, comme on au quotidien.
- 100 *Carmen* : Ok ! est-ce que tu penses qu'elles ont une place dans la prise en charge de la douleur ?
- 101 *Rachel* : Oui ! Et par exemple, les gens qui sont sous radiothérapie, [euh] quand j'en ai à l'Hôpital et qui me parlent
102 des brûlures, tout ça, moi, je leur conseille souvent d'aller voir un souffleur de feu, parce que je sais que c'est
103 efficace pour ça. Et [euh] Mais je pense que c'est en association, c'est en parallèle. Je pense que de ça, [beh] c'est
104 pas suffisant pour tout traiter, que de la médecine euh... Attend comment elle s'appelle la médecine...
- 105 *Carmen* : Il y en a qui disent conventionnels, il y en a qui disent traditionnels. Donc après, c'est...
- 106 *Rachel* : L'allopathie c'est pas celle-là ? Non ? je ne sais plus. Que de la médecine conventionnelle, je pense que,
107 pour certaines choses, c'est ça peut être suffisant, mais moi, je suis très médecine parallèle. Je trouve que ça se
108 complète bien.
- 109 *Carmen* : Est-ce que... t'as répondu. Est-ce que tu penses que la conciliation entre médecine conventionnelle et
110 médecine alternative donc tu viens de répondre.
- 111 *Rachel* : Ouais !
- 112 *Carmen* : euh... Que penses-tu de la douleur induite par les.. Est-ce que tu penses que la douleur induite par les
113 soins influence la relation soignant/soigné ?
- 114 *Rachel* : Oui, on le voit, par exemple, quand on a des nouveaux infirmiers ou des des élèves infirmiers, et quand
115 [beh] il y a un soin qui fait mal. [beh] Après, la personne, elle veut plus, que ce soit un étudiant ou que ce soit un
116 nouveau, où elle nous demande : ça fait longtemps que vous faites ça ? Souvent, moi-même encore, on me le
117 demande aux urgences, euh quand je vais poser le cathéter, par exemple ! [bah] vous savez bien faire ? ça va vous
118 avez l'habitude ? ou s'ils ont l'impression que je suis un peu jeune, [bah] souvent du coup, ils me demandent : alors
119 je leur dit : oui oui vous inquiété pas ça fait 10 ans que je travaille là. Mais ouais je pense que ça joue... sur la suite,
120 après le soin aussi. [euh] Bon après, c'est normal, ça se comprend si on a mal, si la personne, elle, nous a fait très
121 mal, on n'a pas forcément envie de la revoir [rire]. Je pense qu'on a peur pour la suite.
- 122 *Carmen* : C'est sur ! C'est sur !
- 123 *Rachel* : Ouais !

124 *Carmen* : Mais surtout quand t'as vécu une mauvaise expérience [beh] d'appréhende après, comme tu disais, [euh]
125 les suivantes, quoi !

126 *Rachel* : Après, je sais pas si... c'est que sur la douleur physique, mais il y a aussi la douleur psychique. Par
127 exemple, quelqu'un qu'on a contentonné, [euh] [beh] c'est aussi une souffrance, [euh] une douleur, mais plus
128 psychique peut être. [euh] [beh] Je pense que c'est pareil. Elle la prochaine fois qu'elle va me voir, si je l'ai
129 contentonnée, ça aura rompu la confiance qu'elle aura en moi, c'est sûr. Bon après moi, je l'aurais fait pour une
130 raison médicale, mais ... mais c'est sûr que ça je suis obligé.

131 *Carmen* : Il y en a qui parle du syndrome de la blouse blanche

132 *Rachel* : [Aah] ouais ! aussi ! Ouais !

133 *Rachel* : Et Oui, c'est vrai, [beh] d'avoir peur de tout ce que ça représente l'hôpital et compris la douleur dedans...
134 ouais !

135 *Rachel* : ... (réfléchie)

136 *Carmen* : ... Est-ce que t'as d'autres trucs euh ...

137 *Rachel* : Par rapport à la douleur ?

138 *Carmen* : Ouais !

139 *Rachel* : Alors les garçons sont plus sensibles [rire] ça j'ai remarqué !!

140 *Carmen* : T'a remarqué !!

141 *Rachel* : Ouais !!

142 *Rachel* : [euh] c'est un truc aussi que j'en ai pas parlé mais il y a aussi la place de l'accompagnant. [euh] Il y en a
143 que ça rassure aussi quand il y a quelqu'un à-côté, mais pas du personnel soignant, leur famille, enfaites. [euh] Ça
144 m'est arrivé que des personnes qui me disent : [beh] faites rentrer ma femme, par exemple, ou faites rentrer mon
145 mari, ou mon père, fin... n'importe quel accompagnant et [euh] ça aussi parfois ça rassure et, et c'est quelque chose
146 qu'on a tendance à enlever. En plus, avec le covid, on fait plus rentrer les familles et sur un acte douloureux, je
147 pense que ça peut les faire... Ça peut changer quelque chose. Le toucher aussi, je t'en ai pas parlé, mais c'est pareil
148 : prendre les mains des personnes. Moi, je suis très tactile dans le soin et, et c'est vrai que c'est quelque chose que
149 je fais beaucoup aussi de leur prendre la main et de les laisser serrer. Alors parfois, c'est au détriment de ta mains
150 [rire], mais parfois, on voit que ça leur fait du bien quand même.

151 *Rachel* : Ouais ! Ça !

152 *Carmen* : Ouais ! c'est important le toucher soignant.

153 *Rachel* : Pas forcément que la main, mais ne serait-ce que de mettre la main sur l'épaule ou sur le bras. C'est vrai
154 qu'il y a plein de petites choses alentour auxquelles on ne pense pas, qu'on fait quotidiennement et qu'il doit jouer
155 aussi.

156 *Carmen* : C'est vrai ! Moi aussi je suis tactile. Je suis toujours en train de poser ma main sur le patient. Est-ce que
157 c'est parce que j'ai besoin de me rassurer aussi ? Je sais pas,

158 *Rachel* : Ouais ! je sais pas.

159 *Rachel* : Moi, je trouve ça important aussi, mais il y en a qui aiment pas. Parfois, tu le sens, la personne, elle, elle
160 [euh] c'est pas son truc. Du coup, bon [beh] il faut pas assister. [sourie]

161 *Carmen* : A non ! c'est sur !

162 *Rachel* : Après [euh], ce que je peux rajouter là comme ça. [beh] Après, voilà, je trouve que la douleur dans les
163 soins, il y en a, c'est sûr, on ne peut pas l'enlever celle-là euh après, [beh] on n'a pas toujours le temps de la prendre
164 en charge comme on aimerait et ça c'est bien dommage, je trouve.

- 165 *Rachel* : Ouais, c'est surtout ça... que, parfois on aimerait la prendre en charge différemment, et on n'a pas toujours
166 le temps, et ça c'est dommage.
- 167 *Carmen* : [beh] Surtout aux urgences, [euh] fin je trouve que c'est un service... ou vraiment ou ouais, tu dois courir,
168 fin c'est compliqué. Dans ces services là, ça doit être encore plus frustrant je pense, non ?
- 169 *Rachel* : [bah] Je pense que dans les autres services, c'est frustrant aussi. Mais oui, c'est sûr qu'il y a des jours on
170 aimerait faire les choses différemment. Rentre chez-nous, on n'est pas trop content de la journée qu'on a passée,
171 parce que c'est pas l'idéal de ce qu'on aurait aimé être et faire.
- 172 *Carmen* : Il y a toujours autant de va et vient aux urgences ?
- 173 *Rachel* : euh Écoute là ça fait deux jours ou j'ai travaillé, c'était plutôt chouette et au contraire, on avait le temps
174 de parler avec les gens, de retourner les voir. [beh] Tu vois aussi la prise en charge la douleur, c'est ça aussi, c'est
175 de retourner les voir et de leur demander si ça un marché. Par exemple sur le... plus sur un médicament peut être.
176 Quand tu poses un médicament, et d'aller voir une demi-heure après si ça fonctionner ou pas. Et beh parfois, on
177 n'a pas le temps. Il y a tellement de monde qui arrive qu'on est concentré sur tout ce qu'il y a faire et d'un coup on
178 se dit : Ah oui ! et lui il en est où ? Puis, ah ! beh ! mince ! il est déjà parti enfaites
- 179 *Carmen* : Puis en plus t'ai sollicité par les médecins aussi.
- 180 *Rachel* : Ouais !
- 181 *Carmen* : Va me poser ci, va me poser ça.
- 182 *Rachel* : Après, toi par exemple, il y en a qui sont contre la, fin... la prise en charge de la douleur, par exemple, je
183 te parlais des patchs d'Emla, ou tout ça, ou ça. C'est des choses où il faut un peu de temps. beh Il y a des médecins,
184 ils veulent pas, ils veulent que ça aille vite, tu vois. Ca c'est dommage aussi.
- 185 *Rachel* : Mais justement, est-ce qu'il y a des médecins qui essayent de...
- 186 *Rachel* : De l'intégrer ?
- 187 *Carmen* : Ouais ! Ou pas du tout ?
- 188 *Rachel* : Ils sont pas trop le réflexe. Par contre si nous, on va les voir et qu'on dit [oh] [beh] la si on met de l'hypnose
189 en place, là ils vont dire [beh] oui !oui ! vas y, là ça les dérange pas. Mais d'eux-mêmes, ils ont pas trop le réflexe
190 de proposer.
- 191 *Carmen* : D'accord !
- 192 *Rachel* : Meopa à la limite. Ça oui.
- 193 *Carmen* : Ouais ! ils ne sont pas là-dedans pour l'instant.
- 194 *Rachel* : Non, mais parce que je pense qu'ils sont pas formés à tout ça eux aussi. Moi, j'avais vu euh de l'hypnose
195 au bloc, c'est beaucoup utilisé au bloc. Quand j'étais élève infirmière, pour un cathéter, justement. Il avait endormi
196 le bras de la dame, [euh] non du monsieur, c'était un monsieur. Et ça avait super bien marché. Et c'est comme ça
197 moi que j'ai connu l'hypnose dans les soins.
- 198 *Carmen* : D'accord. Au bloc alors, tu l'as vue faire ?
- 199 *Rachel* : Ouais, ouais, et je me souviens, il lui disait [euh]: vous sentez votre bras qui est dur, et enfaites [euh] il
200 choisissait des textures, mais de plus en plus dur, [euh] et ça finissait sur : c'est dur, comme du bois. Et du coup au
201 moment où il a piqué, beh la personne ne sentait plus la douleur, parce que c'était comme si c'était un bloc de bois
202 qui n'était pas traversable, enfaites. Mais ça avait très, très bien fonctionner.
- 203 *Rachel* : Aux urgences c'est pas tout à fait ce style-là. Elles partent plutôt sur... sur des idées, [beh] imaginez un
204 endroit où vous êtes bien, euh parlez-moi de cet endroit et enfaites elles font échapper la personne de là où elle
205 sent. Alors que lui s'était vraiment concentré sur ce qu'il faisait, mais tourner différemment, pas le même genre.

- 206 *Carmen* : Parce qu'il y a plusieurs méthodes dans l'hypnose je pense aussi.
- 207 *Rachel* : Oui, oui, je pense. Et après, il y a les soins qui évoluent aussi. Par exemple, avant les escarres, je sais, il
 208 y a très longtemps, j'ai pas connu. Ils mettaient des glaçons et après, ils séchaient au sèche-cheveux et tu vois ça
 209 faisait du chaud, du froid et tout ça, c'est des choses qui peuvent faire mal aussi. Maintenant, on n'est plus du tout
 210 sur ça, on est sur des pansements miel et au sucre, par exemple, ou des choses en douceur. Et je pense que, il y a
 211 des soins qui font mal aujourd'hui, que, peut-être dans 40 ans, on aura trouvé des solutions pour qu'ils fassent
 212 moins mal aussi.
- 213 *Carmen* : C'est clair, je connaissais pas du tout ce truc glaçons et...
- 214 *Rachel* : C'était il y a longtemps ! Toujours sur le cathéter mais au final, c'est peut être, [euh]c'est peut-être les
 215 soins qui font le plus mal. Celui qu'on fait quotidiennement et qui fait plus mal. Ça doit être ça que je parle, que
 216 de lui, finalement. [rire]
- 217 *Rachel* : Par exemple, pour essayer de faire moins mal, ça va être la vitesse. Tu sais du... sur le cathéter c'est la
 218 même chose aussi. La rapidité sur laquelle on va rentrer, que ce soit la sonde ou le cathéter, il y en a ils disent :
 219 bon moi, j'y vais d'un coup comme ça, c'est fait, on n'en parle plus. Moi, je suis plus partisane du j'y vais tout
 220 doucement pour que la personne, elle s'habitue à la sensation et enfaite il faut trouver le juste-milieu. Quelqu'un
 221 qui va être vraiment stressé, qui va bouger, ou je vois que la douceur, ça va pas rentrer. Là, par contre, je vais y
 222 aller peut être plus vite. Mais c'est vrai qu'il y a aussi la rapidité de l'action et la taille aussi. La taille de la sonde,
 223 la taille du cathéter. Moi, je vois pas l'intérêt de poser un cathéter vert sur tout le monde s'il n'y a pas besoin, s'il y
 224 a du sang à faire passer là oui, c'est épais, il faut, oui, d'accord mais une personne qui a des petites veines, qui vient
 225 juste parce que je sais pas, elle a besoin d'un antibiotique, elle va repartir. Bon [beh] un petit calibre, ça peut le
 226 faire. Pareil pour les sondes. Soins qui est très douloureux aussi, c'est la sonde nasogastrique. Ça, c'est pareil, c'est
 227 pas du tout agréable pour les personnes.
- 228 *Carmen* : Est-ce que c'est... est-ce que c'est vraiment pas agréable ? Ou douloureux ?
- 229 *Rachel* : Je pense que c'est un peu les deux, parce que le nez, le passage dans le nez, je pense que lui, il fait mal.
 230 Une fois que tu as trouvé la bonne courbe. Après le passage au niveau de la gorge, je pense que c'est plus
 231 désagréable, parce que ça étrangle. Mais le nez, je pense que ça fait un petit peu mal quand même, parce que moi,
 232 une fois, on m'avait fait : la caméra que tu vas avoir dans le nez, c'est des sondes plus petites, mais plus rigides,
 233 J'ai bien bidouillé quand même. Je peux te dire : j'ai tenu les barreaux de la chaise [rire] et je pense que c'est pareil
 234 pour la sonde.
- 235 *Rachel* : Oui, c'est pareil, c'est rassurer la personne. La position de la personne aussi, ça peut compter, par exemple
 236 sur les ponctions lombaires. Si elle est pas courbée comme il faut, ça va lui faire plus mal. Mais c'est difficile de
 237 lui faire trouver la bonne courbe. On les aide un peu avec les coussins, en levant les jambes, mais c'est vraiment
 238 pas évident ça. Il y a plein de petites choses annexes, mais on se rend pas compte au quotidien.
- 239 *Carmen* : Comme quoi le fait d'en parler ?
- 240 *Rachel* : Tu vois, ça fait plaisir aussi de se dire : on a des petites choses qu'on peut faire à notre niveau pour essayer
 241 de les apaiser. On le vit mieux pour nous aussi, parce que c'est pas agréable de faire mal aux gens tout le temps
 242 enfaite.
- 243 *Carmen* : Je suis d'accord avec toi ! Après tu le vis mal quand tu fais mal à quelqu'un. Tu le vis mal aussi. C'est
 244 pas le but, c'est pas le but recherché de faire souffrir quelqu'un.
- 245 *Rachel* : Après tu endors bien quand même la nuit, parce que tu sais pourquoi tu le fais. Tu vas pas pour le plaisir
 246 de lui faire, c'est un but médical. Mais c'est sûr que c'est pas agréable. Et d'ailleurs il y en a elles aiment pas le faire
 247 du coup par exemple. La pose de sonde nasogastrique, il y en a c'est pas leur truc. Elles disent tu peux me la poser.
- 248 *Rachel* : Et tu sais, ça me fait penser aussi, c'est la pédiatrie, qui utilise beaucoup de techniques, parallèles aussi
- 249 *Carmen* : Mais ce que je compte faire interroger une infirmière en pédiatrie.
- 250 *Rachel* : Carrément, parce que, un truc tout bête, mais la dernière fois, avec le CESU, on était dans les locaux de
 251 la pédiatrie, au moment où ils ont posé un cathéter à un bébé. Et moi, comme j'ai pas trop l'habitude de tout ça, j'ai

- 252 demandé à observer. Ils m'ont dit : oui, et par exemple, ils mettent pas le garrot, ils font garrot avec la main, pour
253 pas que, justement, ça sert le petit et que ça lui fasse peur. Une fois qu'ils ont posé le cathéter, ils mettent une petite
254 quand même, une petite attelle dessus, une petite plaque qui bande pour pas qu'ils se l'arrache pour pas qu'ils
255 le voient. Oui, ça, je t'en ai pas parlé. Mais les gens qui ont peur de cathéter, souvent, ils ont peur ne serait-ce que
256 de le voir dans leur pot. Souvent, ces gens-là, on le cache avec une bande, et ils apprécient beaucoup ça.
- 257 *Rachel* : Ça me fait penser aussi, quand j'avais été en stage dans un autre hôpital et tant qu'élèves. J'avais vu un
258 médecin qui posait une jugulaire et enfaite il a loupé. Il a repiqué une quinzaine de fois !!!
- 259 *Carmen* : Protéger.
- 260 *Rachel* : Et c'est ça aussi, pour pas faire mal, c'est passer le relais, tu vois c'est un truc tout bête, mais enfaite
261 passer la main à quelqu'un. Moi, je sais que je fais jamais plus de deux fois le même soin. Si j'y arrive pas, je passe
262 la main, je vais chercher quelqu'un parce qu'autant il y arrivera, arrivera mieux que moi cette fois-là. Ça veut pas
263 dire que la fois d'après je vais pas réussir. Mais moi, je passe la main parce que je le revois, piquer quinze fois et
264 j'en pouvais plus le patient il était d'une gentillesse et d'une patience incroyable et j'avais qu'une envie, c'est qu'il
265 passe la main. Et je crois qu'il y a quelqu'un qui lui a proposé un moment. Il a dit non, il a continué non.
- 266 *Rachel* : comme quoi on revient toujours la même chose. Il y a plein de techniques, mais ça dépend du temps qu'on
267 a
- 268 *Carmen* : Après, je pense que ça dépend du temps. Et est-ce que la personne a envie de prendre le temps aussi ? J
- 269 *Rachel* : Oui, c'est vrai, d'ailleurs on entend, c'est plus des anciens, mais il y en a qui disent : ça va, ça fait mal cinq
270 seconde, c'est bon, on passe à autre chose. [rire] On l'entend dans les soins.
- 271 *Rachel* : On a pas un métier facile. [rire]. Beau mais pas facile.
- 272 *Carmen* : c'est sûr, c'est sûr, franchement
- 273 *Carmen* : Merci infiniment d'avoir joué le jeu
- 274 *Rachel* De rien, j'espère sa t'aide,
- 275 *Carmen* : mais oui, oui, franchement, oui,
- 276 *Rachel* : avec une magnifique conclusion de notre métier difficile.

Annexe VII : Entretien avec Janice infirmière aux urgences le 14/09/2023

- 1 *Carmen* : Donc, je tenais à vous dire que, sur mon mémoire, votre vrai nom n'apparaîtra pas donc se sera anonyme.
2 Je vais échanger votre nom.
- 3 *Janice* : Je m'en fou ! [rire]
- 4 *Carmen* : Est-ce que vous pourriez vous présenter, me décrire votre parcours professionnel ?
- 5 *Janice* : Je suis infirmière depuis 1994 ans. Ça fait 25 ans que je suis aux urgences. Ensuite avant, j'avais fait un
6 an de réa et à l'époque il y avait un pool qui roulait dans tout l'hôpital j'étais au pool. [euh] j'ai fait niveau 1 et
7 niveau 2 d'hypnose. J'ai fait aussi dans les plaies et cicatrisations, tout ça, ça m'intéresse. [euh] Je suis à mi-temps,
8 depuis 20 ans et depuis trois ans, je suis infirmière libérale à la fois.
- 9 *Carmen* : D'accord !
- 10 *Janice* : Voilà.
- 11 *Carmen* : Donc vous jonglez [euh] [..]
- 12 *Janice* : Infirmière libérale et... le mi-temps ici.
- 13 *Carmen* : D'accord !
- 14 *Janice* : Voilà ! Voilà !
- 15 *Carmen* : [euh]... Pourriez-vous me décrire votre dernière prise en charge de la douleur, que vous avez réalisé
16 auprès d'un patient ?
- 17 *Janice* : La dernière c'était une pose de perf !
- 18 *Carmen* : D'accord !
- 19 *Janice* : [euh] c'est souvent les jeunes, pour les [bafouille] poses de perf, c'est souvent les jeunes qui ont très peur,
20 je fais de l'hypnose.
- 21 *Carmen* : D'accord ! est-ce que vous pouvez me dire un peu comment ça s'est déroulé ?
- 22 *Janice* : Ça se passe [euh] d'abord je fais un petit interrogatoire pour connaître les endroits où ils sont bien, on peut
23 connaître les lieux où ils aimeraient aller. Je fais un interrogatoire tout simple. Ou s'est que vous aimez aller, qu'est
24 ce que vous aimez faire, voilà ! et quand l'interrogatoire est terminé ! Comme je suis un peu vieille, je prends des
25 notes [sourie] et après, je leur demande l'autorisation de faire de l'hypnose et je fais de l'hypnose en même temps
26 que je pique ! Ce qui est un peu embêtant, parce que... parce que pour faire de l'hypnose en même temps qu'un
27 soin, ça serait mieux d'être deux. Mais... c'est pas possible !
- 28 *Carmen* : C'est justement ce que j'allais vous dire, est ce que vous arrivez [euh].
- 29 *Janice* : Du coup je fais les deux en même temps.
- 30 *Carmen* : D'accord ! ça va, c'est...
- 31 *Janice* : Ça marche, voilà ! c'est plus compliqué, c'est peut être, les résultats sont moins pertinents, mais si on n'a
32 pas un résultat complet, on en un partiel et c'est largement suffisant.
- 33 *Carmen* : D'accord !

- 34 *Janice* : Et puis, en parlant de, je dirais que l'hypnose est bien pour des périodes de soins [euh], comment dire ?
35 [...] Mais des fois [euh], vu qu'on est toute seule, l'hypnose se sera plutôt un dialogue positif qui va rassurer, et je
36 pense que... voilà ! Donc [euh] un dialogue. On peut essayer, des fois, on essaye l'hypnose. Ça marche pas, parce
37 qu'on est en train de faire... voilà ! Bon souvent, ça marche, mais voilà ! c'est un peu [euh]. Je ne sais pas si je
38 m'exprime bien, mais... C'est un peu compliqué, quoi !
- 39 *Janice* : Mais je peux donner un exemple : j'avais une dame qui avait une brûlure [euh] au niveau du sexe, à la cire
40 chaude, qui est parti à Marseille. Il a fallu faire le pansement. Et j'avais essayé l'hypnose et le pansement, en faisant
41 le pansement en même temps, quoi ! c'était... et ça fonctionnait pas ! Et on a fait un dialogue positif.
- 42 *Carmen* : C'est-à-dire un dialogue positif ?
- 43 *Janice* : [beh] C'est... vous n'avez jamais fait de l'hypnose ?
- 44 *Carmen* : J'ai fait un peu d'initiation mais [euh]
- 45 *Janice* : Voilà ! C'est quand on parle en hypnose, il y a plein de mot proscrit, vous savez ! Les "ne pas", tous les
46 mots négatifs, et du coup je n'ai parlé que... je n'ai pas fait, je ne l'ai pas fait partir [euh], voilà ! Mais je n'ai parlé
47 que en dialogue positif.
- 48 *Carmen* : D'accord ! ok !
- 49 *Janice* : Ça s'est très bien passé !
- 50 *Carmen* : D'accord !
- 51 *Janice* : ça s'est très bien passé ! Elle a pu s'exprimer ! ça a été une autre manière de travailler, que je ne connaissais
52 pas avant d'avoir fait l'hypnose et c'est rigolo, parce que ce jour là, cette dame avait une tante, qui, qui est aide-
53 soignante à l'Hôpital et du coup qui avait parlé, laisser passer, est arrivé et... est arrivé avec son dialogue
54 d'infirmière et aide-soignante, qu'on a appris [euh], qu'on n'apprend pas l'école et que qu'on voilà ! qu'on fait tous.
55 Ça a été les larmes, les cris, tout ! Il a fallu que je fasse sortir la dame parce qu'elle n'avait pas le dialogue, elle est
56 arrivée : ne t'inquiète pas, n'ai pas peur, je suis là. Voilà ! Ça a été catastrophique ! Alors que quand on a repris le
57 dialogue positif, ça s'est très très bien passé. Sans douleurs, sans rien.
- 58 *Carmen* : Donc, vous avez été contente du soin.
- 59 *Janice* : Voilà ! Ouais, ouais ! non, mais c'est une manière, une approche différente du soin qu'on n'apprend pas,
60 malheureusement, à l'école puisque, je le vois, les élèves, n'ont que des dialogues, assez négatif et pas des dialogues
61 positifs. Et c'est vraiment une manière de parler et du coup on l'induit tout le temps. Voilà ! après on n'a pas besoin
62 de faire [euh], de faire du comment... dire, de l'hypnose quand on va faire même qu'un petit, parce que l'hypnose
63 c'est très bien, ça marche très, très bien. Mais... mais il faut une préparation, il faut mieux-être deux. Quoi, c'est...
- 64 *Carmen* : ledu temps !
- 65 *Janice* : Ça prend du temps. Et ici, le temps, voilà ! Donc, j'en fais de temps en temps, j'en fais quand la petite elle
66 est hystérique pour la prise de sang, voilà ! quand il faut faire un geste très... voilà ! qu'on sait qu'on ne va pas y
67 arriver, quoi ! ou [euh] quand on va coudre quelqu'un, ça nous arrive. Les luxations d'épaules, ça marche très bien,
68 mais il faut du temps, il faut du personnel. Que en faisant tous les jours, de manière naturelle, du langage positif,
69 c'est une manière... C'est très dur. C'est très dur, parce qu'on n'a pas l'habitude de le faire et ça s'apprend.
- 70 *Carmen* : ça vient avec l'expérience aussi je pense.
- 71 *Janice* : Non, ça vient pas avec l'expérience, ça vient avec l'apprentissage
- 72 *Carmen* : D'accord !
- 73 *Janice* : ça s'apprend !
- 74 *Carmen* : D'accord !

- 75 *Janice* : On peut pas dire [euh] parce qu'on lutte contre notre propre nature aussi, voilà ! parce que les mots comme
76 ne t'inquiète pas ! comme n'ait pas peur ! c'est facile de les bannir, mais de bannir tous les "ne pas",
- 77 *Carmen* : C'est compliqué
- 78 *Janice* : c'est plus compliqué ! Alors les mots négatifs, c'est assez facile de les bannir et quoi que... des fois, ça va
79 être mais [euh] les "ne pas", ou les trucs, c'est très difficile... et puis de les choisir, d'y réfléchir, c'est... mais ça
80 s'apprend. Et du coup le soin se réalise plus facilement.
- 81 *Carmen* : D'accord !
- 82 *Janice* : Voilà !
- 83 *Carmen* : Très bien, [euh] quelles sont les approches thérapeutiques vous mettez en œuvre pour lutter contre la
84 douleur vient de suite par les soins ?
- 85 *Janice* : Non médicamenteux ?
- 86 *Carmen* : Oui !
- 87 *Janice* : A part l'hypnose ici [euh], le langage positif. Qu'est-ce qu'il y a ici ? Il y a quoi d'autre ? C'est tout. On a
88 une collègue qui fait un peu de RESC
- 89 *Carmen* : Ouais !
- 90 *Janice* : Voilà ! Elle est là si vous voulez lui parler ! C'est une aide-soignante.
- 91 *Carmen* : D'accord ! [euh] [...] Pour vous, qu'est-ce que les médecines alternatives ?
- 92 *Janice* : Médecines alternatives ?
- 93 *Carmen* : Ouais ! Pour vous, qu'est-ce que les médecines alternatives ?
- 94 *Janice* : C'est tout... tout... tout soin [euh], tout soin hors médicaments
- 95 *Carmen* : Est-ce que [euh], est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?
- 96 *Janice* : [beh] Là il y a... On a une collègue aussi qui est en train d'apprendre à faire de l'Art thérapie.
- 97 *Carmen* : Ouais !
- 98 *Janice* : On a l'hypnose, la RESC, on a quoi d'autre ? Voilà ! je sais plus, là ! toutes les médecines [euh], les
99 massages [euh]
- 100 *Carmen* : Et quels sont les outils que vous utilisez dans le service par rapport à la douleur. Vous utilisez quoi
101 comme outil ?
- 102 *Janice* : Par l'échelle numérique et l'algo, Algo.
- 103 *Carmen* : D'accord.
- 104 *Janice* : ça, c'est pour diagnostiquer la douleur et après un outil, à part notre formation, on n'a pas d'outils
105 spécifiques.
- 106 *Carmen* : Ok ! pensez-vous que... quelles ont une place dans la prise en charge de la douleur...
- 107 *Janice* : Ah oui !
- 108 *Carmen* : Les médecines alternative ?

109 *Janice* : Ah oui ! Même aux urgences ! surtout aux urgences, je pense. Dans les services, moi, ça fait très
110 longtemps, cela fait 25 ans que je n'y suis plus retournée. Mais aux urgences oui, oui normalement.

111 *Carmen* : Et est-ce que vous pensez qu'il y a une conciliation entre la médecine conventionnelle et la médecine
112 alternative ?

113 *Janice* : Oui, mais les médecins, ils nous demandent.

114 *Carmen* : D'accord !

115 *Janice* : il y a pas... il y a des médecins qui nous demandent, ils nous disent vient, j'ai besoin de toi, on fait la
116 RESC... l'hypnose.

117 *Carmen* : D'accord ! Donc des fois, il y a des médecins quand même qui viennent [euh]

118 *Janice* : Le problème, c'est pas les personnes qui refusent, c'est le temps. Notre problème, ce n'est pas parce que
119 même les médecins, même les vieux, les vieux aussi bien les jeunes, sont, sont tout à fait d'accord [euh]
120 l'ostéopathie tout ça. Même pour les brûlures, tout ça, tout le monde est d'accord. Mais... mais c'est le temps... !

121 *Carmen* : c'est toujours la même chose, surtout aux urgences, quoi !

122 *Janice* : Ouais ! C'est pas le temps [euh], se serait le temps et les locaux. Voilà ! Le temps est les locaux.

123 *Carmen* : Parce que vous n'avez pas les locaux pour...

124 *Janice* : Pour accueillir. On a pas le temps, les locaux. Parce que quand on fait des l'hypnose, on le fait dans un
125 brouhaha..., c'est très faisable et franchement, même avec du monde autour, on y arrive. Mais ce serait mieux si
126 on était dans une seule pièce, quand même !

127 *Carmen* : Dans une pièce isolée, vous voulez dire ?

128 *Janice* : Ouais !

129 *Carmen* : D'accord ! Pensez-vous que la douleur induite par les soins, il y a une influence sur la relation soignant,
130 soigné ?

131 *Janice* : Non ! Non, je pense que la relation soignant/soigné dépend du soignant. Pas pas de la douleur, qui est...
132 Parce que quand on a... Vous voulez dire de manière négative ou de manière positive ? Je pense que la relation, je
133 pense que la relation soignant/soigné, dépend de l'attitude du soignant. La douleur, la pathologie, tout ça, c'est
134 comment le soignant va expliquer, va prendre en charge la pathologie du patient et de la douleur. Tout dépend du
135 soin.

136 *Carmen* : Est-ce que vous pensez pas que [euh] [...] comment dire ?

137 *Janice* : Je vais vous donner un exemple. Moi, ça fais 25 ans que je travaille aux urgences, je me suis jamais fait
138 agresser. Il y a des gens qui se font agresser tous les jours. Ça dépend vraiment de la relation que vous avez. Des
139 mots qu'on dit, de tout, verbale et non verbale. Les deux sont aussi importants l'un que l'autre. Voilà ! Donc, ça
140 dépend vraiment, parce que tout le monde qui arrive aux urgences savent qu'ils viennent pas pour rien, quoi ! Ils
141 viennent pour une douleur, qui viennent pour une pathologie, même quelqu'un de psychiatrique. Notre relation
142 dépend de nous. Le jour où ça ne dépend plus de nous, c'est que la personne, elle est contentonné et non
143 maîtrisable, quoi. Mais tant qu'elle elle est capable d'avoir... même un échange ou pas d'échange, verbale ou non
144 verbale. Ça dépend de nous. C'est nous, c'est nous qui décidons de la relation.

145 *Carmen* : D'accord ! Donc, vous vous dites que c'est plus, ça vient plus du soignant que...

146 *Janice* : [Beh] Oui, c'est du soignant. simplement parce que le patient arrive avec une pathologie, une douleur, il
147 est en demande n'importe comment. Donc, c'est à nous de voir ce qu'on demain, on donne : médical,
148 comportemental, tout, tout dépend de nous.

- 149 *Carmen* : D'accord ! et vous pensez que si vous, vous êtes [euh] entre guillemet, un bon soignant, faite ce qu'il
150 faut, mais que le patient n'est pas...
- 151 *Janice* : Non on n'est pas bon soignant, c'est que si [euh] si on est, si on a un comportement de prise en charge, de
152 prise en charge de la douleur metton de la pathologie, une reconnaissance de la pathologie de la douleur, et ensuite
153 qu'on apporte [beh] ces deux..., on reconnaît la douleur, mais par rapport à lui, on reconnaît sa souffrance, on
154 reconnaît toute sa pathologie. Et ensuite, si on lui donne une réponse médicamenteuse et à la fois... voilà !de la
155 sophrologie ou des trucs comme ça, on aura une relation correcte. La personne dira : j'ai mal, si on n'arrive pas à
156 calmer sa douleur, mais comme il aura été prise en charge, il y aura. ..
- 157 *Carmen* : Oui.
- 158 *Janice* : Vous voyez ?
- 159 *Carmen* : Je comprends ce que vous voulez dire. Ok !
- 160 *Janice* : C'est mon opinion ! [sourie]
- 161 *Carmen* : [Euh] Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à rajouter ?
- 162 *Janice* : Non, non, non ! C'est à vous !
- 163 *Carmen* : [euh] Je crois que... j'avais bien répondu à tout ce que j'avais demandé.
- 164 *Janice* : Après les médecines alternatives sont très peu, très peu employés.
- 165 *Carmen* : Vous trouvez qu'il y en a pas..., que c'est pas suffisamment..., parce que les gens ne sont pas formés ?
166 parce que...
- 167 *Janice* : Parce qu'il n'y a pas le temps...
- 168 *Janice* : Mais après, par petites doses, on peut mettre en route des, des petits systèmes, mais la grosse médecine
169 alternative, le truc où on prend du temps, c'est plus difficile.
- 170 *Carmen* : Après, dans le service, il y a, il y a quand même des gens qui sont... je trouve que vous m'avez parlé, pas
171 mal de personnes qui sont déjà...
- 172 *Janice* : Ah oui ! former oui !
- 173 *Carmen* : ça veut dire que des gens cherchent à se former
- 174 *Janice* : Oui, oui, mais non ! mais ça, il n'y a pas de souci. C'est pas le..., c'est des locaux, des endroits, du temps.
175 Ce serait plutôt ça le problème...
- 176 *Carmen* : D'accord, ok !
- 177 *Carmen* : Bon mais merci,
- 178 *Janice* : De rien !
- 179 *Carmen* : Merci beaucoup d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions car je sais qu'il est précieux.
- 180 *Janice* : Vous avez à parler à quelques d'autres ?
- 181 *Carmen* : [euh] non ! normalement, il n'y avait que vous que je devais voir, parce que cet après-midi, j'ai [euh] je
182 dois voir quelqu'un d'autre en onco.
- 183 *Janice* : D'accord !
- 184 *Janice* : Autrement, il y a une aide-soignante qui fait de la RESC

185 *Carmen* : Le souci c'est que j'ai déjà deux aides-soignantes, après. Comme mon mémoire est basé sur le...

186 *Janice* : Le rôle infirmier !

187 *Carmen* : Le rôle infirmier ! donc ma... ma directrice de mémoire m'a dit deux aides-soignantes pas plus

188 *Janice* : En conclusion, les élèves devraient être, devraient être formés !

189 *Carmen* : D'accord !

190 *Janice* : parce qu'ils nous forment nous, mais les élèves, ils arrivent, ils ont aucune notion du langage.

191 *Carmen* : Ah mais non ! à l'école...

192 *Janice* : Vous avez jamais été appris [euh]...

193 *Carmen* : Ah non ! pas du tout.

194 *Janice* : Je le vois, ils arrivent... ils disent : allez bonjour ! Madame, je vais vous piquer ! Qu'est-ce qu'ils racontent...
195 qu'est-ce qu'ils racontent !

196 *Janice* : Ils sont fous ! Ils sont fous !

197 *Carmen* : Et puis même dans les lieux de stage..., c'est pas beaucoup qui... !

198 *Janice* : Quand ils arrivent, je vais vous faire un pansement ! Mais qu'est-ce que tu racontes... On ne peut dire les
199 choses comme ça ! Il faut dire j'arrive je vais vous faire mal ? [ironique]

200 *Carmen* : C'est ça ! [beh] déjà, rien que le faite de la blouse blanche, aussi... il y a une appréhension, déjà aussi !

201 *Janice* : Ouais ! mais ça peut rassurer aussi. Parce que c'est une prise en charge, la blouse blanche.

202 *Carmen* : ça dépend !

203 *Janice* : ça dépend, mais ça dépend mais ça peut aussi rassurer. Mais après, c'est à nous d'avoir le comportement
204 qu'il faut. Mais c'est vrai qu'au niveau élève, je pense que le premier travail serait à faire avant de parler, de former
205 des... qu'on devient tous infirmières. Moi, je suis vieille infirmière, donc moi j'ai la vieille formation. Donc qu'on
206 me forme moi oui, mais il faudrait former d'abord les élèves. Voilà !

207 *Carmen* : Ok ! Autre chose à rajouter ?

208 *Janice* : [euh] non !

209 *Carmen* : Bon [beh] merci beaucoup encore d'avoir accepté de répondre à mes questions

210 *Janice* : De rien !

Annexe VIII : Entretien avec Phoebe aide-soignante en oncologie le 14/09/23

- 1 *Carmen* : Je vais te, je vais te demander de te présenter, de décrire ton parcours professionnel.
- 2 *Phoebe* : Alors Phoebe, aide-soignante en onco-hématologie, depuis 22 ans. J'ai un BP sanitaire sociale, au départ.
3 J'ai travaillé à la maison de retraite et puis, après, j'ai fait mon école d'AS et je suis rentré à l'Hôpital au pool. J'ai
4 fait des remplacements et après, quand il y a eu un poste en onco-hémato, j'étais passé, c'est un service qui m'avait
5 beaucoup attiré et je suis venu là voilà ! Depuis, je suis là.
- 6 *Phoebe* : et donc, j'avais remarqué il y a quelques années, c'est vrai que les patients sont... sont souvent algique
7 [euh] par rapport au traitement. C'est quand même les maladies lourdes, avaient les méta, les douleurs etc... et donc
8 j'avais fait des.. formations pour, pour aider les patients par rapport aux douleurs et aux effets secondaires des
9 chimiothérapies et au geste invasif aussi. Quand on fait des myélogrammes, des biopsies ostéo médullaires, voilà
10 ! tous ces gestes invasifs, je trouvais que.. fin, y a le médicamenteux, mais il y a tout ce qui est derrière l'émotionnel
11 qu'on peut essayer aussi aider le patient, en complément, voilà !
- 12 *Carmen* : Ok !
- 13 *Phoebe* : Voilà mon parcours. J'ai fait comme formation, de la RESC, de l'hypnose et [euh] après, j'ai fait de la...
14 comment s'appelle de la socio-esthétique. J'ai fait de la luminothérapie aussi et l'aromathérapie.
- 15 *Carmen* : Est-ce que tu fais du Snoezelen ou pas du tout ?
- 16 *Phoebe* : Alors Snoezelen, j'ai demandé à la formation. On a eu un chariot, là très récemment et j'attends la
17 formation ou là, je vais pas tarder y aller, faire la formation de Snoezelen.
- 18 *Carmen* : D'accord ! qui sait qui s'en occupe tu sais un peu [euh] du Snoe... (bafouille) ?
- 19 *Phoebe* : Snoezelen ! on eut le chariot juste là, je t'ai dit et ils nous forment là.
- 20 *Carmen* : D'accord !
- 21 *Phoebe* : Le chariot, il est dans un autre service, mais [euh]
- 22 *Carmen* : Mais c'est quoi ? C'est plus des aides-soignantes, c'est des infirmières aussi ? Ou...
- 23 *Phoebe* : [Euh] Je pense, c'est plus des aides-soignantes, ont plus de temps par rapport aux infirmières qui sont
24 beaucoup (euh) avec les chimiothérapies, avec les... fin, c'est beaucoup plus long. Je pense que c'est des aides-
25 soignantes, mais si les infirmières peuvent se détacher, c'est pas interdit que ce soit des infirmières ! C'est une
26 question de pratique ! On manque de soignants, quoi ! Voilà ! Mais c'est pas fait encore, parce qu'on n'a pas... ça
27 nous... on a essayé de le mettre un petit peu en place comme avec ce qu'on a quoi ! si tu veux on a le chariot, mais
28 on n'a pas la formation encore.
- 29 *Carmen* : D'accord ! tu essaies de faire un peu... c'est toi qui jongles...
- 30 *Phoebe* : Disons ce qui me gêne, c'est comment le... tu serais dans un service enfant... Ça passerait plus vite, parce
31 que c'est un peu avec des [euh], je ne sais pas si tu en a déjà vu ? C'est un peu ludique quand même. Donc [euh]
32 pour apporter ça aux patients ! Comment l'amener ? C'est ça qui me qui me gêne un peu moi fin... je sais pas trop...
- 33 *Carmen* : Oui, enfaîtes c'est ce qui te manque enfaîtes de...
- 34 *Phoebe* : Il me manque comment l'apporter au patient, si tu veux.
- 35 *Carmen* : Ouais ! Comment lui expliquer ? comment l'amener ? comment... ?

- 36 *Phoebe* : Voilà ! Exactement !
- 37 *Carmen* : D'accord.
- 38 *Phoebe* : Comment intégrer le Snozelen ? comment expliquer [euh] exactement. Faire travailler ces sens etc...
39 Voilà !
- 40 *Carmen*: Ok !
- 41 *Carmen* : [euh] est-ce que tu pourrais me décrire une prise en charge de la douleur que tu as réalisé auprès d'un
42 patient ?
- 43 *Phoebe* : Je peux te décrire que.. on a fait une biopsie ostéo médullaire. [euh] Donc le patient était très anxieux à
44 l'idée, déjà ! Ce qu'on peut comprendre... et le médecin est venu me chercher pour qu'on.. qu'on vienne, qu'on
45 mette en place quelque chose, quoi ! de toute façon. Maintenant, c'est vrai que j'ai dit, j'ai essayé de le... de dire au
46 médecin de de m'appeler à chaque fois pour pour les soins très invasifs, comme ça. Pour justement, qui... que le
47 patient est de moins en moins mal quoi ! que ça se passe le mieux possible avec le moins traumatisant. Du coup,
48 j'installe le patient, je lui propose le meopa et [euh] en même temps, j'essaye de faire une... avant j'ai parlé avec lui
49 et j'ai pris des notions, un peu ce qu'il aimait, ce qu'il aimait pas. De lui faire une petite hypnose... voilà ! pour
50 essayer de l'emporter ailleurs pendant que le geste invasif se fait. Et [euh] il y a des patients qui ont eu, qui ont eu
51 des gestes sans... sans hypnose et sans Meopa et qui ont eu après avec, et qui disent qu'il y a une sacrée différence,
52 voilà ! Ils ont bien verbalisé, et c'est vrai que ça fait plaisir ! Parce que tu te dis : tu vois, tu passes du temps et puis
53 le patient, il te dit : vraiment c'est moins traumatisant, on sent, de toute façon, qu'on bouge, parce qu'une biopsie
54 ostéo médullaire, c'est quand même un bout d'os dans la hanche
- 55 *Carmen* : C'est pas rien quoi !
- 56 *Phoebe* : C'est une carotte ! Donc c'est quand même pas rien. Mais, ils te disent que ça... ils sentent, mais ils sont
57 moins, c'est moins agressif, c'est la douleur est moins aiguë, ils sentent qu'il y a un mouvement, un truc qui se
58 passe, mais la douleur est moins intense, voilà ! c'est beaucoup plus supportable. et puis, quand ils arrivent à se
59 transporter ailleurs, c'est vrai que c'est très...
- 60 *Carmen* : D'accord !
- 61 *Phoebe* : Très agréable. Et j'ai le même le souvenir d'une dame que j'avais transporté ailleurs pendant le geste.
62 Quand j'avais enlevé le masque, elle s'était mise à pleurer, mais à pleurer, à pleurer, à pleurer et [euh] elle avait
63 voulu aller à la mer. On avait discuté, puis elle m'avait dit qu'elle aimait la mer etc... qu'elle aimait Tahiti tout ça.
64 Donc Je l'ai... j'essaye de raconter des histoires, la plongée etc... en menant en hypnose. Et puis, quand je lui ai
65 enlevé le masque, elle s'est fin, je lui ai dit c'est terminé. Je le fais venir ici, quoi ! et elle me dit : j'ai tellement, j'ai
66 eu l'impression d'être là-bas !
- 67 *Carmen* : Ah ! qu'elle a vraiment vécu...
- 68 *Phoebe* : C'est qu'elle était là-bas et là-bas. Elle était là-bas avec son mari. Et son mari depuis, elle l'avait perdu...
- 69 *Carmen* : D'accord !
- 70 *Phoebe* : Et du coup quand elle est revenue à la réalité...
- 71 *Phoebe* : Je comprends que ouais !
- 72 *Phoebe* : Elle a pleurée mais... par rapport à ce qu'elle n'avait plus son mari, quoi !
- 73 *Carmen* : D'accord !
- 74 *Phoebe* : Tu vois ! Et comme quoi ils arrivent à bien partir pour pas assister, mais là tellement qu'elle était tellement
75 bien, quoi, que...
- 76 *Carmen* : Mmm,mm. Oui, je pense que le fait que.. qu'elle revu son mari et le faites de...

77 *Phoebe* : De revenir dans la réalité, que finalement il n'est pas là son mari. C'est ça, qu'il n'est pas là. Alors sur le
78 moment, vous avez eu mal ? Tu te sens... qu'est-ce que j'ai fait ? [euh] Il y a un truc que qui que vous avez sentis
79 quelque chose, ou je savais pas quoi. Mais elle me dit : mais non c'est pas vous ! c'est pas vous ! C'est c'est vraiment
80 mon ressenti. Tu vois comme quoi des fois on peut [euh], induire des choses [euh], des émotions, quoi...

81 *Carmen* : Mmm, mm

82 *Phoebe* : Je savais qu'elle aimait bien la mer, mais elle m'avait pas raconté tout ça !

83 *Carmen* : D'accord !

84 *Phoebe* : Toute façon on aurait décidé qu'elle était allé là-bas avec lui.

85 *Carmen* : C'est bien parce que ça veut dire que t'as bien fait ton truc et que tu as réussi à.. l'amener à oublier le soin
86 enfaites [euh]

87 *Phoebe* : Ouais ! Ouais !

88 *Carmen* : Mmm

89 *Phoebe* : Ouais, fin... Tant mieux, tant mieux, surtout, c'est ça. [sourie]

90 *Carmen* : Et c'est quoi que tu utilises le plus c'est l'hypnose, c'est la RESC, c'est euh...

91 *Phoebe* : Alors ça dépend, ça dépend... Pourquoi ? pour les gestes invasifs, je vais faire plus de l'hypnose

92 *Carmen* : D'accord.

93 *Phoebe* : Ou si j'ai si j'ai.. parce que souvent euh, je veux dire ou si vraiment, la personne, elle, est très, très, très,
94 très angoissée, elle a très peur du geste, je me faire une petite séance de RESC pour l'apaiser... et après, je ferais
95 de l'hypnose. Sinon, généralement, je fais de l'hypnose.

96 *Carmen* : D'accord.

97 *Phoebe* : Après j'utilise la RESC pour ce qui est euh angoisse euh ou effet secondaire des chimiothérapies.

98 *Carmen* : D'accord.

99 *Phoebe* : Beaucoup... parce que on agit sur les émotions, on agit sur le physique par rapport à la RESC

100 *Carmen* : Ce que tu peux que m'expliquer comment ça...

101 *Phoebe* : Ça fonctionne la RESC ?

102 *Carmen* : Ouais !

103 *Phoebe* : Alors la RESC, c'est basé sur la médecine chinoise, sur les méridiens d'acupuncture, c'est ça ! et les
104 liquides du corps.

105 *Carmen* : D'accord.

106 *Phoebe* : Avec et on est en écoute avec les doigts euh, c'est comme de l'acupuncture, si tu veux ça ressemble, c'est
107 pas comme l'acupuncture ! euh... Imagine, si tu veux, on se sert comme on se sert des méridiens mais on se sert
108 avec nos doigts, on a un doigt émetteur, et un doigt récepteur, et on est en écoute avec les énergies de la patiente
109 ou du patient, de la personne.

110 *Carmen* : D'accord !

111 *Phoebe* : Voilà ! Quand il y a des blocages énergétiques par rapport à des douleurs ou des.. souvent, médecine
112 chinoise on-dit : quand il y a des douleurs, il y a des blocages énergétiques ou il y a un dysfonctionnement, ou
113 quand les émotions sont mal équilibrées, fin quand les émotions sont là, c'est qu'il y a des déséquilibres énergétiques.

- 114 Donc on essaye de rééquilibrer les énergies par rapport aux émotions qui sont plus... Par exemple, quand tout va
115 bien ! ton corps fonctionne bien ! je te fais une image
- 116 *Carmen : Mm*
- 117 *Phoebe* : Ton corps fonctionne bien, tes émotions sont égales. Si tu veux, c'est comme si tu avais une balance, tout
118 est impeccable, équilibrées. Dès qu'il y a une émotion ou il se passe quelque chose dans ta vie, tes émotions vont
119 déséquilibrer tes énergies, donc le dysfonctionnement de ton corps et tout. Donc en faisant de la RESC, on va
120 rééquilibrer ça.
- 121 *Carmen : D'accord !*
- 122 *Phoebe* : Et, quand on sait quand il va y avoir de la chimio derrière, qui va y avoir des choses qui, on peut aussi
123 équilibrer par rapport à ce que le le le truc chimique qu'on va recevoir, on peut agir sur le foie, agir sur les organes
124 pour essayer de drainer, d'aider à drainer, tout ça, voilà !
- 125 *Carmen : D'accord !*
- 126 *Phoebe* : Faire des choses pour rééquilibrer, contre les nausées, contre les diarrhées, contre la constipation, contre
127 plein de choses. On peut essayer d'aider le patient et de rééquilibrer tout ça,
- 128 *Carmen : D'accord !*
- 129 *Phoebe* : En tout en douceur. Sans médicament en plus, sans... voilà ! c'est juste avec les doigts et se servent des
130 méridiens d'acupuncture.
- 131 *Carmen : Et t'as vu, tu as vu que ça a fonctionné !*
- 132 *Phoebe* : Ah beh Oui, oui, ah oui, oui, oui
- 133 *Carmen : D'accord !*
- 134 *Phoebe* : Oui, oui !
- 135 *Carmen : et est-ce que, il y a des certains points, fin certains points que tu touches ou par rapport, selon où se situe
136 la douleur ? C'est ça, fin euh...?*
- 137 *Phoebe* : Après, après, c'est complexe. Il faut, il faut avoir fait de la RESC euh... Le fonctionnement, c'est c'est
138 c'est pas, on n'appuie pas sur un bouton, et là c'est le bouton du vomissement, là c'est... non ! ça ne marche pas
139 comme ça. Il y a tout qui rentre en compte.
- 140 *Carmen : D'accord.*
- 141 *Phoebe* : Il y a les émotions, beaucoup les émotions ! Donc le vécu de la personne, si c'est une personne plus
142 anxieuse que d'autres, il y a des points que tu vas faire plus que d'autres. Il y a des il y a des.. voilà ! en discutant
143 avec la personne, tu apprends beaucoup de choses. Il faut savoir être à l'écoute et bien observer.
- 144 *Carmen : Oui, c'est comme en hypnose, que tu vas, tu vas poser des questions.*
- 145 *Phoebe* : Il faut très, très, très, il faut être... voilà ouais !
- 146 *Phoebe* : Il faut être pointue pour bien observer le patient, la personne que tu as en face de toi et comment tu vas
147 t'adresser à elle pour l'aider au maximum quoi ! Après d'autres, tu vas, qui sont un peu plus fermés. Tu peux
148 travailler aussi au niveau de l'aromathérapie. Il y a des huiles essentielles contre les nausées, par exemple, qu'ils
149 arrivent, ils ont déjà la nausée, ils ont pas eu la chimio, ils ont rien eu, c'est l'émotionnel ça ! Donc on peut travailler
150 avec de l'aromathérapie, on peut, on peut travailler avec le comment... à s'appelle la RESC, il y en a plusieurs
151 panels, notre euh, ils y en a qui vont être plus réceptifs à l'aromathérapie, d'autres à la RESC, d'autre... voilà !
- 152 *Carmen : D'accord !*

153 *Phoebe* : On a plusieurs, plusieurs cordes à notre arc (rire). Et puis chacun va prendre celui qui lui convient le
154 mieux, quoi !

155 *Carmen* : D'accord !

156 *Phoebe* : Voilà ! Après c'est à nous, après euh, entant que soignant, fin moi entant que soignant, d'être d'aiguiller
157 le patient sur une.. fin, lui proposer une chose ou une autre.

158 *Carmen* : Ok !

159 *Phoebe* : Je ne sais pas si j'ai assez bien répondu à ta question,

160 *Carmen* : Oui, oui ! Super !

161 *Phoebe* : Des fois, c'est difficile à expliquer, à exprimer [euh..] tu vois ! ce genre de chose.

162 *Carmen* : Ouais ! C'est pas évident (rire)

163 *Carmen* : Qu'est-ce que j'allais te demander ? [Euh..] Bon après, t'as répondu un petit peu à celle-là aussi.

164 *Phoebe* : Ah c'est difficile, je blague !

165 *Carmen* : Qu'est-ce que pour toi, les médecines alternatives ?

166 *Phoebe* : Qu'est-ce que c'est les médecines alternatives ?

167 *Carmen* : Oui pour toi !

168 *Phoebe* : C'est des médecines qui vont.., fin ! c'est des moyennes, qui vont aider... à la médecine traditionnelle
169 quoi ! c'est une aide, moi je dirai [euh...] au traitement de la médecine traditionnelle.

170 *Carmen* : D'accord !

171 *Phoebe* : Moi je dirais ça.

172 *Carmen* : Donc tu dirais que c'est euh...

173 *Phoebe* : c'est un complément !

174 *Phoebe* : C'est pas une médecine... fin... Je conseillerai pas un patient d'arrêter ça chimiothérapie que moi, je vais
175 le soigner avec de la RESC !

176 *Carmen* : Ouais !

177 *Phoebe* : Eh voilà ! Par exemple, ou de l'acupuncture, ou de... Moi je pense que toutes les médecines qu'on peut
178 avoir autour, c'est un complément.

179 *Carmen* : D'accord !

180 *Phoebe* : Voilà ! C'est une aide, un complément. Je pense que ce sont des moyens, on se complète pour, pour
181 justement pour le patient et que ça se passe le mieux possible et dans la guérison et dans la prise en charge globale
182 des patients. Moi, je trouve que c'est ça. Il y a des personnes, des personnes qui vont avoir besoin de plus de de
183 moyenne pour gérer leur émotionnel, d'autres ça va être plus de médicaments, plus quelque chose de plus rigide,
184 de plus... fin chacun est différent avec son vécu etc.. Donc la prise en charge globale du patient, ça fait partie de
185 de son vécu, de l'écoute de ce qui ressens, de l'état clinique, tout ça quoi ! c'est important. Est-ce qu'il a envie le
186 patient aussi

187 *Carmen* : D'accord ! et euh... est-ce que tu sens des fois de la réticence quand tu tu propose

188 *Phoebe* : Quand je propose la RESC par exemple.

- 189 *Carmen* : La RESC ou l'hypnose ou...
- 190 *Phoebe* : La RESC c'est inconnu. L'hypnose... des fois, quand on va faire un peu de... quand je fais le Meopa et
191 que selon la personne avec qui tu discutes, ils sont un peu euh... un peu peur, parce que c'est vrai que l'hypnose a
192 quand même un mauvais euh... un peu théâtral par rapport à la télé. Ce qui se passe, c'est plus, ils vont me faire de
193 moi, qu'est-ce qu'ils vont faire de moi ? Je vais perdre les pédales, je vais pas pouvoir... Donc je dis : plutôt une
194 relaxation... pour pas que ça., au lieu de., parce que j'ai peur que selon le..., on le sens quand on parle avec le
195 patient, s'il est euh.. très ou plus ouvert que d'autre ! Tu sais, ils y en qui sont un peu plus fermer.
- 196 *Carmen* : Mmm
- 197 *Phoebe* : Et selon, si tu lui dis tu veux.. fin je vais lui dire : [beh...] je vais vous faire une relaxation pour vous
198 aider à vous détendre. Parce que si je leur dis : je vais faire une hypnose, je vais vous faire de l'hypnose. J'ai peur,
199 selon les patients, qu'il y ait un blocage, j'ai plus une... que ça génère plus une angoisse qu'autre chose. Voilà !
- 200 *Carmen* : D'accord !
- 201 *Phoebe* : Après, mes mots sont différents. Mais de toute façon, il y en a qui adhère, d'autres qui n'adhère pas, ils y
202 en qui adhèrent beaucoup ! Mais le Meopa, ça aide, ça aide aussi à... ce qu'ils adhèrent bien quoi !
- 203 *Carmen* : D'accord ! Ouais donc l'hypnose tu l'utilises en même temps que tu utilises...
- 204 *Phoebe* : Là, je l'utilise souvent avec le meopa.
- 205 *Carmen* : D'accord !
- 206 *Phoebe* : Après, je peux l'utiliser avec la RESC aussi.
- 207 *Carmen* : Ok !
- 208 *Phoebe* : Parler au patient, si [euh...] ça dépend, ça dépend... La semaine dernière, je me suis occupée d'une patiente
209 qui était mais alors..., J'ai rarement vue des gens comme ça. Mais... comment dire ? Elle a perdu son son époux.
210 Elle était dans une douleur... euh de de (hésite), elle était ses émotions, mais elle était fermée. Elle était toute
211 crispée. Elle avait, elle était comme ça sur son lit (mime la patiente). Elle pleurait, impossible de là de fin c'était,
212 j'ai rarement vu des gens comme ça.
- 213 *Carmen* : D'accord !
- 214 *Phoebe* : C'était... elle était prostrée. C'était terrible pour elle. Elle avait tellement mal au ventre ! de la douleur
215 qu'elle avait par rapport à ses émotions. C'est terrible quand même.
- 216 *Carmen* : Ah ! mais les émotions, ça, après ça se traduit dans ton corps, c'est...
- 217 *Phoebe* : Ah ! non mais ça tu me parle ça à moi, mais il n'y a pas de souci. (sourie) ça, j'en suis tout à fait convaincu.
218 Je trouve que c'est pour ça qu'on s'occupe des gens, dans leur globalité... Par rapport aux émotions, tout ce que ça
219 peut faire. La volonté et la puissance des émotions, on n'en a pas la (hésite), on a... des fois, on n'a pas, on s'imagine
220 pas autant qu'est la puissance qu'on peut avoir en nous... (réfléchie) Les grands [euh], les grands [euh], les grands
221 athlètes, qu'ils ont de la volonté et qui vont jusqu'au bout de leur, de leur force aussi, c'est positif. Mais, mais, c'est
222 les émotions, mais c'est la volonté, c'est, c'est tout ça. Et les patients, des fois, avec les traitements, qui sont lourds,
223 c'est pareil ! C'est, ce sont entre guillemet des grands athlètes ! (sourie)
- 224 *Carmen* : C'est vrai !
- 225 *Phoebe* : Parce que c'est pas évident ! Donc on est là pour les aider.
- 226 *Carmen* : Et avec cette dame tu tu as pu faire quelque chose ?
- 227 *Phoebe* : Cette dame, je l'ai faites.. d'abord je lui fait de la RESC. Je lui ai expliqué, je lui ai fait de la RESC, je lui
228 ai fait de la relaxation, je lui ai fait de l'hypnose, je lui ai fait... Bon après, je suis parti, elle avait le sourire, elle
229 avait la banane. J'étais contente ! Je suis resté une heure avec elle.

- 230 *Carmen* : Est-ce que tu penses que la douleur induite par les soins à une influence sur la relation soignant, soigné
231 ?
- 232 *Phoebe* : (réfléchie) [Beh] je pense que si tu prends pas en compte, de toute façon, le ressenti du patient, il va y
233 avoir une, un impact, de toute façon. Négatif ou positif si tu prends compte ce que (bégaye) le patient dit. Beh c'est
234 bon, elle m'écoute, je lui dis ça, je lui dis ça. On on est là pour l'aider c'est vrai, il y a une relation, c'est sûr ! mais
235 c'est sûr qu'il y a un impact. C'est la prise en compte de de ce que la personne ressent, tu es à l'écoute etc... bien
236 sûr ! (réfléchie) il se sent écouter, il se sent... [euh] fin... compris, qu'on fait quelque chose pour lui. Puis, si on n'y
237 arrive pas, on appelle les soins contre la douleur, on appelle l'équipe douleur, le CLUD. Ça, c'est sûr !
- 238 *Carmen* : Ok !
- 239 *Phoebe* : C'est sûr que ça a un impact !
- 240 *Carmen* : Mais tu tu vois que si tu prends la...
- 241 *Phoebe* : Nous, on prendre douleur en compte donc.. Je pense que si je la prendrai pas... je me met à la place du
242 patient, si moi, j'ai mal et que on m'écoute pas et [beh] j'ai pas envie de me soigner, quoi ! J'ai trop, j'ai trop mal et
243 temps qu'on va pas régler mon problème ! Je ne vais pas écouter ce qu'on va me dire autour quoi. J'ai pas envie de
244 rien de plus.
- 245 *Carmen* : Mmm
- 246 *Phoebe* : Après, on peut avoir mal parce que la tumeur fait mal et quand on faire le traitement, ça va se calmer.
247 Mais on peut l'expliquer on peut prendre en compte, donner des antidouleurs etc etc... ou faire de la RESC ou
248 faire... etc fin prendre en compte les ressentis du patient, quoi ça c'est la moindre des choses.
- 249 *Carmen* : D'accord !
- 250 *Carmen* : Mais tu vois que le patient, quand il est écouté, il est plus en confiance
- 251 *Phoebe* : Du coup il y a moins d'angoisse, et déjà ça arrive, fin ! Déjà le patient arrive, ouais j'ai mal, machin. Puis
252 quand tu vas..., tu vas être là à l'écouter, à prendre en compte tout ce qu'il dit. Ça va déjà retomber. Déjà, il va être
253 [euh], écouté, entendu, il va s'apaiser.
- 254 *Phoebe* : (tousse) excuse-moi !
- 255 *Carmen* : Il n'y a pas de souci. Surtout quand c'est les premières, la première chimio. On leur a annoncé beaucoup
256 de choses. Je pense qu'ils doivent arriver dans un... certaines personnes un peu...
- 257 *Phoebe* : Donc l'accueil est très important à l'hôpital de jour. Très très important, surtout quand c'est la première
258 fois, comme tu dis ! Quand ils arrivent pour la première fois, on essaye de bien les coucouner, de bien les entourer,
259 de leur dire qu'on est là pour eux et qu'ils n'hésitent pas à appuyer sur la sonnette pour nous appeler, pour poser
260 des questions, pour qu'ils qu'ils s'angoissent pas quoi, que ça ne génère pas d'avantage de... voilà ! c'est vrai que
261 quand tu étais venu toi, maintenant on fait l'accueil nous, les soignants, les aides-soignants, on fait l'accueil on
262 prend les constantes, après, les patients rentrent dans le service.
263 *Carmen* : D'accord !
- 264 *Phoebe* : Avec leurs papiers. On a marqué : ils ont les doléances. S'ils ont des ordonnances à faire, s'ils ont mal,
265 s'ils... fin etc...
- 266 *Carmen* : Est-ce que pour les... excuse-moi, est-ce que pour les premiers, la première chimio, tu vas toujours les
267 voir pour savoir...
- 268 *Phoebe* : Ouais ! Je vais me présenter pour leur dire que les soins qui sont leur porter. Alors souvent, la première
269 fois qu'ils viennent, ils ont, ils voyaient la psy, la diète, l'assistante sociale donc le temps est... si tu les sent pas, si
270 on les sent pas trop angoissé, on va les laisser passer mais s'ils sont très, très angoissés, c'est moi qui vais y aller
271 d'emblée.
- 272 *Carmen* : D'accord !

- 273 *Phoebe* : Je vais d'abord moi aller les voir avant la psy, avant etc..
- 274 *Carmen* : Oui, parce que, comme tu me dis, si c'est toi qui fais l'entrée tu vois déjà
- 275 *Phoebe* : Voilà ! J'ai déjà les premières approches de la personne puis après je l'accompagne quand c'est la première
276 fois, je l'accompagne à la chambre, je lui présente la chambre, tu vois ?
- 277 *Carmen* : Mmm mm
- 278 *Phoebe* : Et puis et puis je leur dis, et puis... déjà de savoir que s'ils ont un souci, une question, ils appuient, on
279 peut leur répondre, ou si moi, je n'arrive pas à leur répondre, je me renseigne pour pouvoir leur donner quelque
280 chose, une réponse, ou on va s'en occuper ou s'il y a un problème, fin... à l'écoute quoi !
- 281 *Carmen* : Mmm
- 282 *Phoebe* : Ce qui est normal
- 283 *Carmen* : Ils se sentent déjà en confiance.
- 284 *Phoebe* : C'est ça, c'est très important ! Parce que c'est... (réfléchie) les maladies, quand même on est en cancéro.
285 Le cancer, c'est une maladie très, très grave, euh c'est mortel, donc euh. Il y a des traitements, on ne sait pas s'ils
286 sont efficaces ou pas, selon les personnes. On ne sait pas comme quand tu as un rhume, que t'as une angine, on va
287 te donner un antibiotique, on sait que ça va faire effet. T'es pas mal pendant un moment, on est sûr que ça va faire
288 effet. Là c'est pas le cas, on n'est pas sûr. En règle générale, ça marche très bien. Il y a eu des progrès de fait etc...
289 mais c'est quand même.
- 290 *Carmen* : Après c'est pas facile comme annonce un cancer.
- 291 *Phoebe* : Voilà ! Parce que c'est pas sûr ! t'es pas sûr d'avoir la réponse ! t'es pas sûr que que que qu'on peut avoir
292 la même chose, toi ça peut marcher, moi ça ne marchera pas.
- 293 *Carmen* : Mmm
- 294 *Phoebe* : Pourquoi, on ne sait pas !
- 295 *Carmen* : Beh après, c'est tout ce qu'on a entendu que voilà ! cancer en général quand on dit le mot cancer cela
296 représente la mort pour beaucoup de personne.
- 297 *Phoebe* : Alors maintenant, de plus en plus, c'est quand même des maladies chroniques. Ça devient maladies
298 chroniques. Ils ont souvent des traitements qui durent euh, ou tous les deux mois, une fois qu'ils sont en rémission,
299 certains cancers sont guéris, mais d'autres certaines formes euh, on est obligé de faire de l'entretien. Donc ça
300 devient une maladie chronique. Ils ont plus leur truc, mais on ne sait jamais, s'il peut repartir donc on fait un
301 entretien souvent avec de l'immunothérapie.
- 302 *Carmen* : ça ça révolutionner ça aussi.
- 303 *Phoebe* : Ça, c'est magique ! mais euh... mais t'es toujours avec ton épée Damoclès sur la tête aussi. Après, t'essayes
304 de leur dire que on a tous, en règle générale, une épée parce qu'on sait pas, personne n'est à l'abri de rien !
- 305 *Carmen* : C'est sûr ! je suis d'accord
- 306 *Phoebe* : Mais quand t'est passé par là une fois, c'est difficile à... quand même euh..., tu te sens plus concerné quoi
307 !
- 308 *Carmen* : Mmm
- 309 *Phoebe* : Nous, on le sait que ça peut arriver, mais on n'y pense pas comme eux, la personne qui a été déjà atteinte
310 une fois euh... par un cancer quoi
- 311 *Carmen* : Ouais, c'est sûr ! Ok, est-ce que tu as quelque chose à rajouter ou...

312 *Phoebe* : Non. Je suis une blagueuse mais je ne sais pas si j'ai oublié de te dire quelque chose. Je ne pense pas.

313 *Carmen* : Je pense que non... (réfléchie) Toi, tu intervies ici, mais tu intervies aussi dans d'autres services si ils
314 en ont besoin aussi ?

315 *Phoebe* : Alors moi, j'intervies euh... sur le pôle en cancéro

316 *Carmen* : D'accord donc tu peux aller...

317 *Phoebe* : Au secteur protéger. Je vais en onco 1. Je vais en onco 2. Je vais en soins palliatifs

318 *Carmen* : Parce qu'il n'y a que toi qui est formé ?

319 *Phoebe* : Non, il y a plein de monde ! mais moi j'ai du temps.

320 *Carmen* : D'accord ! ok !

321 *Phoebe* : Voilà !

322 *Carmen* : Bon beh c'est bon, si t'as rien à rajouter [euh...]

323 *Phoebe* : Je ne vois pas ! Qu'est-ce que je pourrai te dire d'autres...

324 *Phoebe* : Je sais pas si j'ai tout répondu comme il faut

325 *Carmen* : Oui ! je pense que oui

326 *Phoebe* : Ce que tu voulais entendre, ce que je fais, quoi !

327 *Carmen* : Oui ! non, non, c'est top ! franchement

328 *Phoebe* : Voilà ! Après, n'hésite pas si il te manque quelque chose !

329 *Carmen* : Ok ! Merci beaucoup pour cet entretien

330 *Phoebe* : Avec plaisir

Annexe IX : Analyse Thématique

Analyse Thématique : Douleur

THEME	CADRE DE RÉFÉRENCE	VERBATIM
Q1 « Pourriez-vous me décrire votre dernière PEC de la douleur que vous avez réalisé auprès d'un patient ? »		
<p>Douleur</p>	<p>Définition de la douleur Cadre législatif Évaluation de la douleur</p>	<p><u>IDE 1 : Rachel</u></p> <p>L 13-14 p. X « Sur une pose de cathéter [...] c'est les gens qui ont peur d'avoir mal quand on leur pose le cathéter. »</p> <p>L 17-33 p. X « Euh] Alors attend, j'essaie de bien la revisualisé [...], c'était une dame qui avait un petit peu peur des cathéters. Je le voyais parce qu'elle était un peu crispée. Elle tournait la tête, elle [euh] elle me l'a dit d'ailleurs. Puis elle était assez tendue, assez raide, et donc moi je suis allé dans la salle pour la, pour la perfuser. Et moi [...], ce que je fais quand je vois qu'ils ont un petit peu peur, je leur parle et je leur demande s'ils veulent que je les prévienne quand je pique, ou pas [...] et alors si ils me disent non [beh] du coup je parle et je [...], l'intègre dedans. S'ils me disent oui, juste avant, je dis [euh] [beh] [euh] attention, je vais piquer ! et [euh] respirez bien ! [euh] et je vous pique ! et je pique à ce moment-là. Là elle du coup elle voulait pas que je lui parle, [euh] fin elle voulait pas que je la prévienne quand je vais piquer du coup [euh] j'ai [beh] je lui ai parlé de tout, et je leur pose souvent une question. Alors je pars souvent sur le travail, parce que je pense que c'est facile [rire] à trouver de quoi parler. Donc je leur demande ce qu'ils font et après, je rebondis dessus et [euh] et en faites je leur pose une question juste avant de piquer et au moment où, eux, ils me répondent : là je pique, parce que je me dis : si c'est quand moi je parle ils sont attentifs [euh] différemment, je pense [...] alors que quand c'est eux ils sont vraiment concentrés sur autre chose et là je pique. Et une fois que j'ai piqué, par contre, je leur dis : [beh] je leur laisse finir leur phrase. Après [...], c'est bon, j'ai piqué, ça fera pas plus mal que ça. Et après [beh], on a continué à parler comme ça au moins ça l'occupe un petit peu sur autre chose et [...], j'ai fini mon soin. Et puis, au final, je pense que ça a été efficace parce qu'elle n'a pas fait de malaise. [rire]. Tu vois, elle m'a rien dit de particulier après. Donc je pense que ça a été efficace. »</p> <p>L 41-42 p. X « [beh] après, non, c'est bon, on a fini le soin, et puis après, [euh] il n'y a pas eu d'autres soucis[...]. On a continué la journée, elle m'en a pas reparlé »</p> <p>L 35 p. X « Non, parce que je m'en sers souvent de cette technique au final, je trouve, ça marche bien, »</p>

		<p>L 37-39 p. X « D'ailleurs parfois, il y a des gens, ils le disent : ça y est c'est fini. [Beh] Oui, oui, c'est bon [rire]. Bon après, parfois, il y en a, ils s'arrêtent de parler d'un coup, donc on comprend qu'ils ont quand même un peu mal, mais [...] [rire] »</p> <p>L 76-79 p. XI « et du coup [bah] [...] c'est il faut repérer le moment, elle te fait signe quand c'est le moment, mais du coup [euh] il faut bien calculer. Moi, ça m'a arrivé une fois, [beh] c'était A***** qui était venu faire l'hypnose et enfaites donc elle m'a fait signe que je pouvais piquer et enfaites j'ai loupé le KT. Donc il a fallu repiquer !! donc il a fallu qu'elle relance dans l'hypnose. ça était... »</p> <p>L 83-84 p. XII « J'ai eu l'impression de casser tout sans travail, la pauvre ! Bon ! au final, ça s'est fait. La personne était toujours dans son processus d'Hypnose et j'ai repiqué, et s'est passé, mais moi, je n'étais pas très bien. [rire] »</p> <p>L 86 p. XII « du coup il faut être coordonner »</p> <p>L « [beh] là elle avait pété la veine, j'étais dedans, mais elle avait pété et tu vois il a fallu la refaire. [Ouais] [rire]. Mais bon ça arrive aussi à l'inverse quand on ne fait pas avec l'hypnose et qu'on a des gens qui ont très, très peur des cathéters et qu'on le rate, quand on leur dit : [beh] il faut le refaire et [beh] ils se liquéfient devant nous [rire] »</p> <p>L 126-130 p. XIII « Après, je sais pas si... c'est que sur la douleur physique, mais il y a aussi la douleur psychique. Par exemple, quelqu'un qu'on a contentionné, [euh] [beh] c'est aussi une souffrance, [euh] une douleur, mais plus psychique peut être. [euh] [beh] Je pense que c'est pareil. »</p> <p>L 139 p. XIII « alors les garçons sont plus sensibles [rire] ça j'ai remarqué !! »</p> <p>L 226-227 p. XV « [...]Pareil pour les sondes. Soins qui est très douloureux aussi, c'est la sonde nasogastrique. Ça, c'est pareil, c'est pas du tout agréable pour les personnes. »</p> <p><u>IDE 2 : Janice</u></p> <p>L 17 p. XVII « La dernière c'était une pose de perf ! »</p> <p>L 19-20 p. XVII « [euh] c'est souvent les jeunes, pour les [bafouille] poses de perf, c'est souvent les jeunes qui ont très peur, je fais de l'hypnose. »</p> <p>L 22-27 p. XVII « Ça se passe [euh] d'abord je fais un petit interrogatoire pour connaître les endroits où ils sont bien, on peut connaître les lieux où ils aimeraient aller. Je fais un interrogatoire tout simple. Ou s'est que vous aimez aller, qu'est-ce que vous aimez faire, voilà ! et quand l'interrogatoire est terminé ! Comme je suis un peu vieille, je prends des notes [sourie] et après, je leur demande l'autorisation de faire de l'hypnose et je fais de l'hypnose en même temps</p>
--	--	---

		<p>que je pique ! Ce qui est un peu embêtant, parce que... parce que pour faire de l'hypnose en même temps qu'un soin, ça serait mieux d'être deux. Mais... c'est pas possible ! »</p> <p>L 31-32 p. XVII « Ça marche, voilà ! c'est plus compliqué, c'est peut-être, les résultats sont moins pertinents, mais si on n'a pas un résultat complet, on en a un partiel et c'est largement suffisant. »</p> <p>L 39-41 p. XVIII « Mais je peux donner un exemple : j'avais une dame qui avait une brûlure [euh] au niveau du sexe, à la cire chaude, qui est parti à Marseille. Il a fallu faire le pansement. Et j'avais essayé l'hypnose et le pansement, en faisant le pansement en même temps, quoi ! c'était... et ça fonctionnait pas ! Et on a fait un dialogue positif. »</p> <p>L 51-57 p. XVIII « ça s'est très bien passé ! Elle a pu s'exprimer ! ça a été une autre manière de travailler, que je ne connaissais pas avant d'avoir fait l'hypnose et c'est rigolo, parce que ce jour-là, cette dame avait une tante, qui, qui est aide-soignante à l'Hôpital et du coup qui avait parlé, laisser passer, est arrivé et... est arrivé avec son dialogue d'infirmière et aide-soignante, qu'on a appris [euh], qu'on n'apprend pas l'école et que qu'on voilà ! qu'on fait tous. Ça a été les larmes, les cris, tout ! Il a fallu que je fasse sortir la dame parce qu'elle n'avait pas le dialogue, elle est arrivée : ne t'inquiète pas, n'ai pas peur, je suis là. Voilà ! Ça a été catastrophique ! Alors que quand on a repris le dialogue positif, ça s'est très très bien passé. Sans douleurs, sans rien.</p>
		<p><u>AS 3 : Phoebe</u></p> <p>L 43-54 p. XXIV « Je peux te décrire que... on a fait une biopsie ostéo médullaire. [euh] Donc le patient était très anxieux à l'idée, déjà ! Ce qu'on peut comprendre... et le médecin est venu me chercher pour qu'on... qu'on vienne, qu'on mette en place quelque chose, quoi ! de toute façon. Maintenant, c'est vrai que j'ai dit, j'ai essayé de le dire au médecin de de m'appeler à chaque fois pour pour les soins très invasifs, comme ça. Pour justement, qui... que le patient est de moins en moins mal quoi ! que ça se passe le mieux possible avec le moins traumatisant. Du coup, j'installe le patient, je lui propose le meopa et [euh] en même temps, j'essaye de faire une... avant j'ai parlé avec lui et j'ai pris des notions, un peu ce qu'il aimait, ce qu'il aimait pas. De lui faire une petite hypnose... voilà ! pour essayer de l'emporter ailleurs pendant que le geste invasif se fait. Et [euh] il y a des patients qui ont eu, qui ont eu des gestes sans... sans hypnose et sans Méopa et qui ont eu après avec, et qui disent qu'il y a une sacrée différence, voilà ! Ils ont bien verbalisé, et c'est vrai que ça fait plaisir ! Parce que tu te dis : tu vois, tu passes du temps et puis le patient, il te dit : vraiment c'est moins traumatisant, on sent, de toute façon, qu'on bouge, parce qu'une biopsie ostéo médullaire, c'est quand même un bout d'os dans la hanche »</p> <p>L 56-59 p. XXIV « C'est une carotte ! Donc c'est quand même pas rien. Mais, ils te disent que ça... ils sentent, mais ils sont moins, c'est moins agressif, c'est la douleur est moins aiguë, ils sentent qu'il y a un mouvement, un truc qui se passe, mais la douleur est moins intense, voilà ! c'est beaucoup plus supportable. et puis, quand ils arrivent à se transporter ailleurs, c'est vrai que c'est très...»</p>

		<p>L 61-66 p. XXIV « Très agréable. Et j'ai le même le souvenir d'une dame que j'avais transporté ailleurs pendant le geste. Quand j'avais enlevé le masque, elle s'était mise à pleurer, mais à pleurer; à pleurer; à pleurer et [euh] elle avait voulu aller à la mer. On avait discuté, puis elle m'avait dit qu'elle aimait la mer etc... qu'elle aimait Tahiti tout ça. Donc Je l'ai... j'essaye de raconter des histoires, la plongée etc... en menant en hypnose. Et puis, quand je lui ai enlevé le masque, elle s'est fin, je lui ai dit c'est terminé. Je le fais venir ici, quoi ! et elle me dit : j'ai tellement, j'ai eu l'impression d'être là-bas ! »</p> <p>L68 p. XXIV « C'est qu'elle était là-bas et là-bas. Elle était là-bas avec son mari. Et son mari depuis, elle l'avait perdu... »</p> <p>L 111-115 p. XXV « Voilà ! Quand il y a des blocages énergétiques par rapport à des douleurs ou des... souvent, médecine chinoise on-dit : quand il y a des douleurs, il y a des blocages énergétiques ou il y a un dysfonctionnement, ou quand les émotions sont mal équilibrées, fin quand les émotions sont là, c'est qu'il y a déséquilibres énergétiques. Donc on essaye de rééquilibrer les énergies par rapport aux émotions qui sont plus... Par exemple, quand tout va bien ! ton corps fonctionne bien ! je te fais une image »</p> <p>L 117-120 p. XXVI « Ton corps fonctionne bien, tes émotions sont égales. Si tu veux, c'est comme si tu avais une balance, tout est impeccable, équilibrées. Dès qu'il y a une émotion ou il se passe quelque chose dans ta vie, tes émotions vont déséquilibrer tes énergies, donc le dysfonctionnement de ton corps et tout. Donc en faisant de la RESC, on va rééquilibrer ça. »</p> <p>L 122-124 p. XXVI « Et, quand on sait quand il va y avoir de la chimie derrière, qui va y avoir des choses qui, on peut aussi équilibrer par rapport à ce que le truc chimique qu'on va recevoir, on peut agir sur le foie, agir sur les organes pour essayer de drainer, d'aider à drainer, tout ça, voilà ! »</p> <p>L 126-127 p. XXVI « Faire des choses pour rééquilibrer, contre les nausées, contre les diarrhées, contre la constipation, contre plein de choses. On peut essayer d'aider le patient et de rééquilibrer tout ça, »</p>
--	--	---

Analyse Thématique : Douleur induite par les soins

THEME	CADRE DE RÉFÉRENCE	VERBATIM
Q2 « Quelles sont les approches thérapeutiques que vous mettez en œuvre pour lutter contre la douleur induite par les soins ? »		
<p>Douleur induite par les soins</p>	<p>Les outils d'évaluation Traitement de la douleur Définition de la douleur induite</p>	<p>IDE 1 : Rachel</p> <p>L 46-49 p. XI « <i>l'échange verbal, beaucoup la parole, puisque moi, j'ai pas de formation autre. [euh] [...] Après, parfois, selon ce que c'est je demande : le Meopa ou [euh] un antalgique, [ouais] plus le Meopa. Parfois quand on a vraiment le temps aussi, à [beh] non c'est médicamenteux tout ça ! Toi, c'est des approches autres que médicamenteux. »</i></p> <p>L 51-56 p. XI « <i>[beh] Emla quand vraiment on a le temps, par exemple sur un [euh][...] pour une ponction lombaire, tout ça là ! Je vais essayer de la poser. [euh] Ou si vraiment j'ai le temps de poser le cathéter, que je vois que c'est quelqu'un qui est vraiment très anxieux, bon que je peux temporiser le KT, je peux m'en servir. Mais bon c'est rare, parce qu'on n'a pas souvent le temps. Le Meopa, ça m'est arrivé [euh], ça demande servir, surtout tout ce qui est suture aussi, les gens qui ont un peu peur ou [euh] voilà, ou qui ont mal, et après sinon, moi, je fais appel à ceux qui sont formés à l'hypnose. »</i></p> <p>L 58-61 p. XI « <i>Quand vraiment que je vois que ça les stresse trop les gens, je leur demande : est-ce que ça vous intéresse si [euh], si [beh] je vais chercher quelqu'un qui fait de l'hypnose, tout ça ! Alors il y en a ils sont pas réceptif, ils disent non tout de suite, et il y en a oui, et dans ce cas, je vais chercher quelqu'un qui le fait. Mais c'est pareil, c'est tributaire du temps qu'on a dans le service. »</i></p> <p>L 73-74 p. XI « <i>Et en faites alors [euh] souvent, ce qu'ils font, c'est que eux, ils se concentrent vraiment sur l'hypnose [euh] [...] ils font tout leur travail avec le patient et nous, à-côté, on fait le soin technique. »</i></p> <p>L 147-150 p. XIII « <i>[...] Le toucher aussi, je t'en ai pas parlé, mais c'est pareil : prendre les mains des personnes. Moi, je suis très tactile dans le soin et, et c'est vrai que c'est quelque chose que je fais beaucoup aussi de leur prendre la main et de les laisser serrer. Alors parfois, c'est au détriment de ta mains [rire], mais parfois, on voit que ça leur fait du bien quand même. »</i></p> <p>L 153-155 p. XIII « <i>Pas forcément que la main, mais ne serait-ce que de mettre la main sur l'épaule ou sur le bras. C'est vrai qu'il y a plein de petites choses alentour auxquelles on ne pense pas, qu'on fait quotidiennement et qu'il doit jouer aussi. »</i></p> <p>L 159-160 p. XIII « <i>Moi, je trouve ça important aussi, mais il y en a qui aiment pas. Parfois, tu le sens, la personne, elle, elle [euh] c'est pas son truc. Du coup, bon [beh] il faut pas assister. [sourie] »</i></p>

		<p>L 174-175 p. XIV « [...] Tu vois aussi la prise en charge la douleur, c'est ça aussi, c'est de retourner les voir et de leur demander si ça un marché. [...] »</p> <p>L 188-190 p. XIV « Ils sont pas trop le réflexe. Par contre si nous, on va les voir et qu'on dit [oh] [beh] la si on met de l'hypnose en place, là ils vont dire [beh] oui ! oui ! vas-y, là ça les dérange pas. Mais d'eux-mêmes, ils ont pas trop le réflexe de proposer. »</p> <p>L 192 p. XIV « Meopa à la limite. Ça oui. »</p> <p>L 207-212 p. XV « Et après, il y a les soins qui évoluent aussi. Par exemple, avant les escarres, je sais, il y a très longtemps, j'ai pas connu. Ils mettaient des glaçons et après, ils séchaient au sèche-cheveux et tu vois ça faisait du chaud, du froid et tout ça, c'est des choses qui peuvent faire mal aussi. Maintenant, on n'est plus du tout sur ça, on est sur des pansements miel et au sucre, par exemple, ou des choses en douceur. Et je pense que, il y a des soins qui font mal aujourd'hui, que, peut-être dans 40 ans, on aura trouvé des solutions pour qu'ils fassent moins mal aussi. »</p> <p>L 217-222 p. XV « Par exemple, pour essayer de faire moins mal, ça va être la vitesse. Tu sais du... sur le cathéter c'est la même chose aussi. La rapidité sur laquelle on va rentrer, que ce soit la sonde ou le cathéter, il y en a ils disent : bon moi, j'y vais d'un coup comme ça, c'est fait, on n'en parle plus. Moi, je suis plus partisante du j'y vais tout doucement pour que la personne, elle s'habitue à la sensation et enfaites il faut trouver le juste milieu. Quelqu'un qui va être vraiment stressé, qui va bouger, ou je vois que la douceur, ça va pas rentrer. Là, par contre, je vais y aller peut-être plus vite. Mais c'est vrai qu'il y a aussi la rapidité de l'action et la taille aussi.[...] »</p> <p>L 222-227 p. XV « La taille de la sonde, la taille du cathéter. Moi, je vois pas l'intérêt de poser un cathéter vert sur tout le monde s'il n'y a pas besoin, s'il y a du sang à faire passer là oui, c'est épais, il faut, oui, d'accord mais une personne qui a des petites veines, qui vient juste parce que je sais pas, elle a besoin d'un antibiotique, elle va repartir. Bon [beh] un petit calibre, ça peut le faire. Pareil pour les sondes. Soins qui est très douloureux aussi, c'est la sonde nasogastrique. Ça, c'est pareil, c'est pas du tout agréable pour les personnes. »</p> <p>L 229-234 p. XV « Je pense que c'est un peu les deux, parce que le nez, le passage dans le nez, je pense que lui, il fait mal. Une fois que tu as trouvé la bonne courbe. Après le passage au niveau de la gorge, je pense que c'est plus désagréable, parce que ça étrangle. Mais le nez, je pense que ça fait un petit peu mal quand même. Parce que moi, une fois, on m'avait fait: la caméra que tu vas avoir dans le nez, c'est des sondes plus petites, mais plus rigides, J'ai bien douillé quand même. Je peux te dire : j'ai tenu les barreaux de la chaise [rire] et je pense que c'est pareil pour la sonde »</p>
--	--	---

		<p>L 235-238 p. XV « <i>c'est rassurer la personne. La position de la personne aussi, ça peut compter, par exemple sur les ponctions lombaires. Si elle est pas courbée comme il faut, ça va lui faire plus mal. Mais c'est difficile de lui faire trouver la bonne courbe. On les aide un peu avec les coussins, en levant les jambes, mais c'est vraiment pas évident ça. Il y a plein de petites choses annexes, mais on se rend pas compte au quotidien.</i> »</p> <p>L 240-242 p. XV « <i>Tu vois, ça fait plaisir aussi de se dire : on a des petites choses qu'on peut faire à notre niveau pour essayer de les apaiser. On le vit mieux pour nous aussi, parce que c'est pas agréable de faire mal aux gens tout le temps enfaites.</i> »</p> <p>L 245-247 p. XV « <i>Après tu endors bien quand même la nuit, parce que tu sais pourquoi tu le fais. Tu vas pas pour le plaisir de lui faire, c'est un but médical. Mais c'est sûr que c'est pas agréable. Et d'ailleurs il y en a elles aiment pas le faire du coup par exemple. La pose de sonde nasogastrique, il y en a c'est pas leur truc. Elles disent tu peux me la poser.</i> »</p> <p>L 250-256 p. XV-XVI « <i>Carrément, parce que, un truc tout bête, mais la dernière fois, avec le CESU, on était dans les locaux de la pédiatrie, au moment où ils ont posé un cathéter à un bébé. Et moi, comme j'ai pas trop l'habitude de tout ça, j'ai demandé à observer. Ils m'ont dit : oui, et par exemple, ils mettent pas le garrot, ils font garrot avec la main, pour pas que, justement, ça sert le petit et que ça lui fasse peur. Une fois qu'ils ont posé le cathéter, ils mettent une petite quand même, une petite attelle dessus, une petite plaque qui bande pour pas qu'ils se l'arrache pour pas qu'ils le voient. Oui, ça, je t'en ai pas parlé. Mais les gens qui ont peur de cathéter, souvent, ils ont peur ne serait-ce que de le voir dans leur pot. Souvent, ces gens-là, on le cache avec une bande, et ils apprécient beaucoup ça.</i> »</p> <p>L 257-258 p. XVI « <i>Ça me fait penser aussi, quand j'avais été en stage dans un autre hôpital et tant qu'élèves. J'avais vu un médecin qui posait une jugulaire et enfaites il a loupé. Il a repiqué une quinzaine de fois !!!</i> »</p> <p>L 260-265 p. XVI « <i>Et c'est ça aussi, pour pas faire mal, c'est passer le relais, tu vois c'est un truc tout bête, mais enfaites passer la main à quelqu'un. Moi, je sais que je fais jamais plus de deux fois le même soin. Si j'y arrive pas, je passe la main, je vais chercher quelqu'un parce qu'autant il y arrivera, arrivera mieux que moi cette fois-là. Ça veut pas dire que la fois d'après je vais pas réussir. Mais moi, je passe la main parce que je le revois, piquer quinze fois et j'en pouvais plus le patient il était d'une gentillesse et d'une patience incroyable et j'avais qu'une envie, c'est qu'il passe la main. Et je crois qu'il ya quelqu'un qui lui a proposé un moment. Il a dit non, il a continué non.</i> »</p>
--	--	--

		<p><u>IDE 2 : Janice</u></p> <p><i>L 34-38 p. XVIII « Et puis, en parlant de, je dirais que l'hypnose est bien pour des périodes de soins [euh], comment dire ? [...] Mais des fois [euh], vu qu'on est toute seule, l'hypnose se sera plutôt un dialogue positif qui va rassurer, et je pense que... voilà ! Donc [euh] un dialogue. On peut essayer, des fois, on essaye l'hypnose. Ça marche pas, parce qu'on est en train de faire... voilà ! Bon souvent, ça marche, mais voilà ! c'est un peu [euh]. Je ne sais pas si je m'exprime bien, mais... C'est un peu compliqué, quoi ! »</i></p> <p><i>L 46-47 p. XVIII « [...] Mais je n'ai parlé que en dialogue positif. »</i></p> <p><i>L 45-46 p. XVIII « C'est quand on parle en hypnose, il y a plein de mot proscrit, vous savez ! Les ne pas, tous les mots négatifs, et du coup je n'ai parlé que... je n'ai pas fait, je ne l'ai pas fait partir [euh], voilà ! »</i></p> <p><u>AS 3 : Phoebe</u></p> <p><i>L 91 p. XXV « Alors ça dépend, ça dépend... Pourquoi ? pour les gestes invasifs, je vais faire plus de l'hypnose »</i></p> <p><i>L 93-95 XXV « Ou si j'ai si j'ai.. parce que souvent euh, je veux dire ou si vraiment, la personne, elle, est très, très, très, très angoissée, elle a très peur du geste, je me faire une petite séance de RESC pour l'apaiser... et après, je ferais de l'hypnose. Sinon, généralement, je fais de l'hypnose. »</i></p> <p><i>L 97 p. XXV « Après j'utilise la RESC pour ce qui est euh angoisse euh ou effet secondaire des chimiothérapies. »</i></p> <p><i>L 99 p. XXV « Beaucoup... parce que on agit sur les émotions, on agit sur le physique par rapport à la RESC »</i></p> <p><i>L 103-104 p. XXV « Alors la RESC, c'est basé sur la médecine chinoise, sur les méridiens d'acupunctures, c'est ça ! et les liquides du corps. »</i></p> <p><i>L 106-109 p. XXV « Avec et on est en écoute avec les doigts euh, c'est comme de l'acupunctures, si tu veux ça ressemble, c'est pas comme l'acupuncture ! euh... Imagine, si tu veux, on se sert comme on se sert des méridiens mais on se sert avec nos doigts, on a un doigt émetteur, et un doigt récepteur, et on est en écoute avec les énergies de la patiente ou du patient, de la personne. »</i></p> <p><i>L 129-130 p. XXVI « En tout en douceur. Sans médicament en plus, sans... voilà ! c'est juste avec les doigts et se servent des méridiens d'acupunctures. »</i></p> <p><i>L 141-143 p. XXVI « Il y a les émotions, beaucoup les émotions ! Donc le vécu de la personne, si c'est une personne plus anxieuse que d'autres, il y a des points que tu vas faire plus que d'autres. Il y a des il y a des... voilà ! en discutant avec la personne, tu apprends beaucoup de choses. Il faut savoir être à l'écoute et bien observer. »</i></p> <p><i>L 146-151 p. XXVI « Il faut être pointue pour bien observer le patient, la personne que tu as en face de toi et comment tu vas t'adresser à elle pour l'aider au maximum quoi ! Après d'autres, tu</i></p>
--	--	--

		<p><i>vas, qui sont un peu plus fermés. Tu peux travailler aussi au niveau de l'aromathérapie. Il y a des huiles essentielles contre les nausées, par exemple, qu'ils arrivent, ils ont déjà la nausée, ils ont pas eu la chimio, ils ont rien eu, c'est l'émotionnel ça ! Donc on peut travailler avec de l'aromathérapie, on peut, on peut travailler avec le comment... à s'appelle la RESC, il y en a plusieurs panels, notre euh, ils y en a qui vont être plus réceptifs à l'aromathérapie, d'autres à la RESC, d'autre... voilà ! »</i></p> <p>L153-157 p. XXVI « On a plusieurs, plusieurs cordes à notre arc (rire). Et puis chacun va prendre celui qui lui convient le mieux, quoi ! »</p>
--	--	--

Analyse Thématique : Alternatif

THEME	CADRE DE RÉFÉRENCE	VERBATIM
Q3 « Pour vous qu'est-ce que les médecines alternatives ? »		
<p><i>Alternatif</i></p>	<p>Définition Les différents type de médecine alternatives</p>	<p>IDE 1 : Rachel</p> <p><i>L 96-99 p. XII « Tout ce qui [euh], [beh] là comme on a évoqué l'hypnose, la RESC, les choses comme ça. Après, c'est aussi tout ce qui est homéopathie, médecines chinoises. [euh] J'appelle les marabouts, mais j'oublie tout le temps l'autre nom. [euh] les magnétiseurs [rire]. [euh] Pour moi, c'est tout ça. C'est tout ce qui est pas médecine traditionnelle, comme on au quotidien. »</i></p> <p><i>L 194-197 p. XIV « Non, mais parce que je pense qu'ils sont pas formés à tout ça eux aussi. Moi, j'avais vu [euh] de l'hypnose au bloc, c'est beaucoup utilisé au bloc. Quand j'étais élève infirmière, pour un cathéter, justement. Il avait endormi le bras de la dame, [euh] non du monsieur, c'était un monsieur. Et ça avait super bien marché. Et c'est comme ça moi que j'ai connu l'hypnose dans les soins. »</i></p> <p><i>L 199-202 p. XIV « je me souviens, il lui disait [euh]: vous sentez votre bras qui est dur, et enfaites [euh] il choisissait des textures, mais de plus en plus dur, [euh] et ça finissait sur : c'est dur, comme du bois. Et du coup au moment où il a piqué, [beh] la personne ne sentait plus la douleur, parce que c'était comme si c'était un bloc de bois qui n'était pas traversable, enfaites. Mais ça avait très, très bien fonctionner. »</i></p> <p><i>L 203-205 p. XIV « Aux urgences c'est pas tout à fait ce style-là. Elles partent plutôt sur... sur des idées, [beh] imaginez un endroit où vous êtes bien, [euh] parlez-moi de cet endroit et enfaites elles font échapper la personne de là où elle sent. Alors que lui s'était vraiment concentré sur ce qu'il faisait, mais tourner différemment, pas le même genre. »</i></p> <p>IDE 2 : Janice</p> <p><i>L 87-88 p. XIX « A part l'hypnose ici [euh], le langage positif. Qu'est-ce qu'il y a ici ? Il y a quoi d'autre ? C'est tout. On a une collègue qui fait un peu de RESC »</i></p> <p><i>L 98-99 p. XIX « On a l'hypnose, la RESC, on a quoi d'autre ? Voilà ! je sais plus, là ! toutes les médecines [euh], les massages [euh] »</i></p> <p><i>L 102 p. XIX « Par l'échelle numérique et l'algo, Algo. »</i></p> <p><i>L 164 p. XXI « Après les médecines alternatives sont... sont très peu, très peu employés. »</i></p> <p><i>L 168-169 p. XXI « Mais après, par petites doses, on peut mettre en route des, des petits systèmes, mais la grosse médecine alternative, le truc où on prend du temps, c'est plus difficile. »</i></p>

		<p>AS 3 : Phoebe</p> <p>L 168-169 p. XXVII « C'est des médecines qui vont..., fin ! c'est des moyennes, qui vont aider... à la médecine traditionnelle quoi ! c'est une aide, moi je dirai euh... au traitement de la médecine traditionnelle. »</p> <p>L 173 p. XXVII « c'est un complément ! »</p> <p>L174-175 p. XXVII « C'est pas une médecine... fin... Je conseillerai pas un patient d'arrêter ça chimiothérapie que moi, je vais le soigner avec de la RESC ! »</p> <p>L 177-178 p. XXVII « Par exemple, ou de l'acupuncture, ou de... Moi je pense que toutes les médecines qu'on peut avoir autour, c'est c'est un complément. »</p> <p>L 180-186 p. XXVII « Voilà ! C'est une aide, un complément. Je pense que ce sont des moyens, on se complète pour, pour justement pour le patient et que ça se passe le mieux possible et dans la guérison et dans la prise en charge globale des patients. Moi, je je trouve que c'est c'est ça. Il y a des personnes, des personnes qui vont avoir besoin de plus de de moyens pour gérer leur émotionnel, d'autres ça va être plus de médicaments, plus quelque chose de plus rigide, de plus... fin chacun est différent avec son vécu etc.. Donc la prise en charge globale du patient, ça fait partie de de son vécu, de l'écoute de ce qui ressent, de l'état clinique, tout ça quoi ! c'est important. Est-ce qu'il a envie le patient aussi ».</p> <p>L 190-195 p. XXVII-XXVIII « La RESC c'est inconnu. L'hypnose... des fois, quand on va faire un peu de... quand je fais le Meopa et que selon la personne avec qui tu discutes, ils sont un peu euh... un peu peur, parce que c'est vrai que l'hypnose a quand même un mauvais euh... un peu théâtral par rapport à la télé. Ce qui se passe, c'est plus, ils vont me faire de moi, qu'est-ce qu'ils vont faire de moi ? Je vais perdre les pédales, je vais pas pouvoir... Donc je dis : plutôt une relaxation... pour pas que ça., au lieu de., parce que j'ai peur que selon le..., on le sens quand on parle avec le patient, s'il est euh.. très ou plus ouvert que d'autre ! Tu sais, ils y en qui sont un peu plus fermer. »</p> <p>L 197-199 p. XXVIII « Et selon, si tu lui dis tu veux... fin je vais lui dire : beh... je vais vous faire une relaxation pour vous aider à vous détendre. Parce que si je leur dis : je vais faire une hypnose, je vais vous faire de l'hypnose. J'ai peur, selon les patients, qu'il y ait un blocage, j'ai plus une... que ça génère plus une angoisse qu'autre chose. »</p> <p>L 201-202 p. XXVIII « Après, mes mots sont différents. Mais de toute façon, il y en a qui adhère, d'autres qui n'adhère pas, ils y en qui adhèrent beaucoup ! Mais le Meopa, ça aide, ça aide aussi à... ce qu'ils adhèrent bien quoi ! »</p>
--	--	--

Q4 « Pensez-vous qu'elles ont une place dans la PEC de la douleur ? »	
	<p><u>IDE 1 : Rachel</u></p> <p><i>L 101-103 p. XII « Oui ! Et par exemple, les gens qui sont sous radiothérapie, [euh] quand j'en ai à l'Hôpital et qui me parlent des brûlures, tout ça, moi, je leur conseille souvent d'aller voir un souffleur de feu, parce que je sais que c'est efficace pour ça [...] »</i></p>
	<p><u>IDE 2 : Janice</u></p> <p><i>L 109-110 p. XX « Ah oui ! Même aux urgences ! surtout aux urgences, je pense. Dans les services, moi, ça fait très longtemps, cela fait 25 ans que je n'y suis plus retournée. Mais aux urgences oui normalement »</i></p>
	<p><u>AS 3 : Phoebe</u></p> <p><i>L 177-178 p. XXVII « Moi je pense que toutes les médecines qu'on peut avoir autour, c'est un complément. »</i></p>
Q5 « Que pensez-vous de la conciliation entre médecine conventionnelle et les médecines alternatives ? »	
	<p><u>IDE 1 : Rachel</u></p> <p><i>L 103-104 p. XII « [...] Mais je pense que c'est en association, c'est en parallèle. Je pense que de ça, [beh] c'est pas suffisant pour tout traiter, que de la médecine [euh]. Attend comment elle s'appelle la médecine [...] »</i></p>
	<p><u>IDE 2 : Janice</u></p> <p><i>L 113 p. XX « Oui, mais les médecins, ils nous demandent. »</i> <i>L 115-116 p. XX « il y a des médecins qui nous demandent, ils nous disent vient, j'ai besoin de toi, on fait la RESC... l'hypnose. »</i></p>
	<p><u>AS 3 : Phoebe</u></p> <p><i>L 180-186 p. XXVII « Voilà ! C'est une aide, un complément. Je pense que ce sont des moyens, on se complète pour, pour justement pour le patient et que ça se passe le mieux possible et dans la guérison et dans la prise en charge globale des patients. Moi, je trouve que c'est ça. Il y a des personnes, des personnes qui vont avoir besoin de plus de de moyens pour gérer leur émotionnel, d'autres ça va être plus de médicaments, plus quelque chose de plus rigide, de plus... fin chacun est différent avec son vécu etc.. Donc la prise en charge globale du patient, ça fait partie de de</i></p>

		<p><i>son vécu, de l'écoute de ce qui ressens, de l'état clinique, tout ça quoi ! c'est important. Est-ce qu'il a envie le patient aussi ».</i></p> <p>L 227-229 p. XXVIII « <i>Cette dame, je l'ai faites.. d'abord je lui fait de la RESC. Je lui ai expliqué, je lui ai fait de la RESC, je lui ai fait de la relaxation, je lui ai fait de l'hypnose, je lui ai fait... Bon après, je suis parti, elle avait le sourire, elle avait la banane. J'étais contente ! Je suis resté une heure avec elle. »</i></p>
--	--	---

Analyse Thématique : Relation de soins soignant/soigné

THEME	CADRE DE RÉFÉRENCE	VERBATIM
Q6 « Pensez-vous que la douleur induite par les soins à une influence sur la relation soignant/soignée ? »		
Relation de soin soignant/soigné		<p>IDE 1 : Rachel</p> <p><i>L 114-121 p. XII « Oui, on le voit, par exemple, quand on a des nouveaux infirmiers ou des élèves infirmiers, et quand [beh] il y a un soin qui fait mal. [beh] Après, la personne, elle veut plus, que ce soit un étudiant ou que ce soit un nouveau, où elle nous demande : ça fait longtemps que vous faites ça ? Souvent, moi-même encore, on me le demande aux urgences, [euh] quand je vais poser le cathéter, par exemple ! [bah] vous savez bien faire ? ça va vous avez l'habitude ? ou s'ils ont l'impression que je suis un peu jeune, [bah] souvent du coup, ils me demandent : alors je leur dis : oui oui vous inquiété pas ça fait 10 ans que je travaille là. Mais ouais je pense que ça joue[...] sur la suite, après le soin aussi. [euh] Bon après, c'est normal, ça se comprend si on a mal, si la personne, elle, nous a fait très mal, on n'a pas forcément envie de la revoir [rire]. Je pense qu'on a peur pour la suite. »</i></p> <p><i>L 128-130 p. XIII « [...] Elle la prochaine fois qu'elle va me voir, si je l'ai contentionnée, ça aura rompu la confiance qu'elle aura en moi, c'est sûr. Bon après moi, je l'aurais fait pour une raison médicale, mais [...] mais c'est sûr que ça je suis obligé. »</i></p>
		<p>IDE 2 : Janice</p> <p><i>L 131-135 p. XX « Non ! Non, je pense que la relation soignant/soigné dépend du soignant. Pas de la douleur, qui est... Parce que quand on a... Vous voulez dire de manière négative ou de manière positive ? Je pense que la relation, je pense que la relation soignant/soigné, dépend de l'attitude du soignant. La douleur, la pathologie, tout ça, c'est comment le soignant va expliquer, va prendre en charge la pathologie du patient et de la douleur. Tout dépend du soin. »</i></p> <p><i>L 137-144 p. XX « Je vais vous donner un exemple. Moi, ça fait 25 ans que je travaille aux urgences, je me suis jamais fait agresser. Il y a des gens qui se font agresser tous les jours. Ça dépend vraiment de la relation que vous avez. Des mots qu'on dit, de tout, verbale et non verbale. Les deux sont aussi importants l'un que l'autre. Voilà ! Donc, ça dépend vraiment, parce que tout le monde qui arrive aux urgences savent qu'ils viennent pas pour rien, quoi ! Ils viennent pour une douleur, qui viennent pour une pathologie, même quelqu'un de psychiatrique. Notre relation dépend de nous. Le jour où ça ne dépend plus de nous, c'est que la personne, elle est contentionné et non maîtrisable, quoi. Mais tant qu'elle elle est capable d'avoir... même un échange ou pas d'échange, verbale ou non verbale. Ça dépend de nous. C'est nous, c'est nous qui décidons de la relation.</i></p>

		<p>L 146-148 p. XX « [Beh] Oui, c'est du soignant. simplement parce que le patient arrive avec une pathologie, une douleur, il est en demande n'importe comment. Donc, c'est à nous de voir ce qu'on demain, on donne : médical, comportemental, tout, tout dépend de nous. »</p> <p>L 151-156 p. XXI « Non on n'est pas bon soignant, c'est que si [euh] si on est, si on a un comportement de prise en charge, de prise en charge de la douleur mettent de la pathologie, une reconnaissance de la pathologie de la douleur, et ensuite qu'on apporte [beh] ces deux..., on reconnaît la douleur, mais par rapport à lui, on reconnaît sa souffrance, on reconnaît toute sa pathologie. Et ensuite, si on lui donne une réponse médicamenteuse et à la fois... voilà ! de la sophrologie ou des trucs comme ça, on aura une relation correcte. La personne dira : j'ai mal, si on n'arrive pas à calmer sa douleur, mais comme il aura été prise en charge, il y aura... »</p> <p>AS 3 : Phoebe</p> <p>L 232-237 p. XXVII-XXIX « (réfléchie) Beh je pense que si tu prends pas en compte, de toute façon, le ressenti du patient, il va y avoir une, un impact, de toute façon. Négatif ou positif si tu prends compte ce que (bégaye) le patient dit. Beh c'est bon, elle m'écoute, je lui dis ça, je lui dis ça. On on est là pour l'aider c'est vrai, il y a une relation, c'est sûr ! mais c'est sûr qu'il y a un impact. C'est la prise en compte de ce que la personne ressent, tu es à l'écoute etc... bien sûr ! (réfléchie) il se sent écouter, il se sent... euh fin... compris, qu'on fait quelque chose pour lui. Puis, si on n'y arrive pas, on appelle les soins contre la douleur, on appelle l'équipe douleur, le CLUD (comité de lutte contre la douleur). Ça, c'est sûr ! »</p> <p>L 239 p. XXIX « C'est sûr que ça a un impact ! »</p> <p>L 241-244 p. XXIX « Nous, on prendre douleur en compte donc... Je pense que si je la prendrai pas... je me met à la place du patient, si moi, j'ai mal et que on m'écoute pas et beh j'ai pas envie de me soigner, quoi ! J'ai trop, j'ai trop mal et temps qu'on va pas régler mon problème ! Je ne vais pas écouter ce qu'on va me dire autour quoi. J'ai pas envie de rien de plus. »</p> <p>L 246-248 p. XXIX « Après, on peut avoir mal parce que la tumeur fait mal et quand on faire le traitement, ça va se calmer. Mais on peut l'expliquer on peut prendre en compte, donner des antidouleurs etc... ou faire de la RESC ou faire... etc. fin prendre en compte les ressentis du patient, quoi ça c'est la moindre des choses. »</p> <p>L 251-253 p. XXIX « Du coup il y a moins d'angoisse, et déjà ça arrive, fin ! Déjà le patient arrive, ouais j'ai mal, machin. Puis quand tu vas..., tu vas être là à l'écouter, à prendre en compte tout ce qu'il dit. Ça va déjà retomber. Déjà, il va être euh, écouté, entendu, il va s'apaiser. »</p>
--	--	--

Analyse Thématique : Inattendue

THEME	CADRE DE RÉFÉRENCE	VERBATIM
Inattendus	<i>La place de l'accompagnant</i>	<p>IDE 1 : Rachel</p> <p><i>L 142-147 p. XIII « c'est un truc aussi que j'en ai pas parlé mais il y a aussi la place de l'accompagnant. [euh] Il y en a que ça rassure aussi quand il y a quelqu'un à-côté, mais pas du personnel soignant, leur famille, enfaites. [euh] Ça m'est arrivé que des personnes qui me disent : [beh] faites rentrer ma femme, par exemple, ou faites rentrer mon mari, ou mon père, fin... n'importe quel accompagnant et [euh] ça aussi parfois ça rassure et, et c'est quelque chose qu'on a tendance à enlever. En plus, avec le covid, on fait plus rentrer les familles et sur un acte douloureux, je pense que ça peut les faire... Ça peut changer quelque chose. »</i></p>
	<i>Formation des étudiants au dialogue positif</i>	<p>IDE 2 : Janice</p> <p><i>L 188 p. XXII « En conclusion, les élèves devraient être, devraient être formés ! »</i></p> <p><i>L 190 p. XXII « parce qu'ils nous forment nous, mais les élèves, ils arrivent, ils ont aucune notion du langage. »</i></p> <p><i>L194-195 p. XXII « Je le vois, ils arrivent... ils disent : allez bonjour ! Madame, je vais vous piquer ! Qu'est-ce qu'ils racontent... qu'est-ce qu'ils racontent ! »</i></p> <p><i>L 196 p. XXII « Ils sont fous ! Ils sont fous ! »</i></p> <p><i>L 198-199 p. XXII « Quand ils arrivent, je vais vous faire un pansement ! Mais qu'est-ce que tu racontes... On ne peut dire les choses comme ça ! Il faut dire j'arrive je vais vous faire mal ? [ironique] »</i></p> <p><i>L 203-206 p. XXII « ça dépend, mais ça dépend mais ça peut aussi rassurer. Mais après, c'est à nous d'avoir le comportement qu'il faut. Mais c'est vrai qu'au niveau élève, je pense que le premier travail serait à faire avant de parler, de former des... qu'on devient tous infirmières. Moi, je suis vieille infirmière, donc moi j'ai la vieille formation. Donc qu'on me forme moi oui, mais il faudrait former d'abord les élèves. Voilà ! »</i></p>
	<i>Les émotions</i>	<p>AS 3 : Phoebe</p> <p><i>L 111-115 p. XXV « Voilà ! Quand il y a des blocages énergétiques par rapport à des douleurs ou des... souvent, médecine chinoise on-dit : quand il y a des douleurs, il y a des blocages énergétiques ou il y a un dysfonctionnement, ou quand les émotions sont mal équilibrées, fin quand les émotions sont là, c'est qu'il y a déséquilibres énergétiques. Donc on essaye de rééquilibrer les énergies par rapport aux émotions qui sont plus... Par exemple, quand tout va bien ! ton corps fonctionne bien ! je te fais une image »</i></p> <p><i>L 117-120 p. XXVI « Ton corps fonctionne bien, tes émotions sont égales. Si tu veux, c'est comme si tu avais une balance, tout est impeccable, équilibrées. Dès qu'il y a une émotion ou il se passe</i></p>

	<p><i>quelque chose dans ta vie, tes émotions vont déséquilibrer tes énergies, donc le dysfonctionnement de ton corps et tout. Donc en faisant de la RESC, on va rééquilibrer ça. »</i></p> <p>L 208-212 p. XXVIII « <i>La semaine dernière, je me suis occupée d'une patiente qui était mais alors..., J'ai rarement vue des gens comme ça. Mais... comment dire ? Elle a perdu son époux. Elle était dans une douleur... euh (hésite), elle était ses émotions, mais elle était fermée. Elle était toute crispée. Elle était comme ça sur son lit (mime la patiente). Elle pleurait, impossible de la de fin [...] c'était [...], j'ai rarement vu des gens comme ça.»</i></p> <p>L 214-215 p. XXVIII « <i>C'était... elle était prostrée. C'était terrible pour elle. Elle avait tellement mal au ventre ! de la douleur qu'elle avait par rapport à ses émotions. C'est terrible quand même. »</i></p> <p>L 217-223 p. XXVIII « <i>Ah ! non mais ça tu me parle ça à moi, mais il n'y a pas de souci. (sourie) ça, j'en suis tout à fait convaincu. Je trouve que c'est pour ça qu'on s'occupe des gens, dans leur globalité... Par rapport aux émotions, tout ce que ça peut faire. La volonté et la puissance des émotions, on n'en a pas la (hésite), on a... des fois, on n'a pas, on s'imagine pas autant qu'est la puissance qu'on peut avoir en nous... (réfléchie) Les grands euh, les grands euh, les grands athlètes, qu'ils ont de la volonté et qui vont jusqu'au bout de leur, de leur force aussi, c'est positif. Mais, mais, c'est les émotions, mais c'est la volonté, c'est, c'est tout ça. Et les patients, des fois, avec les traitements, qui sont lourds, c'est pareil ! C'est, ce sont entre guillemet des grands athlètes ! (sourie) »</i></p>
<p><i>La temporalité</i></p>	<p><u>IDE 1 : Rachel</u></p> <p>L 162-164 p. XIII « <i>Après, voilà, je trouve que la douleur dans les soins, il y en a, c'est sûr, on ne peut pas l'enlever celle-là [euh] après, [beh] on n'a pas toujours le temps de la prendre en charge comme on aimerait et ça c'est bien dommage, je trouve. »</i></p> <p>L 165-166 p. XIV « <i>Ouais, c'est surtout ça... que, parfois on aimerait la prendre en charge différemment, et on n'a pas toujours le temps, et ça c'est dommage. »</i></p> <p><i>L « Je pense que dans les autres services, c'est frustrant aussi. Mais oui, c'est sûr qu'il y a des jours on aimerait faire les choses différemment. Rentre chez-nous, on n'est pas trop content de la journée qu'on a passée, parce que c'est pas l'idéal de ce qu'on aurait aimé être et faire. »</i></p> <p>L 176-178 p. XIV « <i>Quand tu poses un médicament, et d'aller voir une demi-heure après si ça fonctionner ou pas. Et [beh] parfois, on n'a pas le temps. Il y a tellement de monde qui arrive qu'on est concentré sur tout ce qu'il y a faire et d'un coup on se dit : Ah oui ! et lui il en est où ? Puis, ah ! beh ! mince ! il est déjà parti enfaites »</i></p> <p>L 182-184 p. XIV « <i>Après, toi par exemple, il y en a qui sont contre-la, fin... la prise en charge de la douleur, par exemple, je te parlais des patchs d'Emla, ou tout ça, ou ça. C'est des choses où il faut un peu de temps. [beh] Il y a des médecins, ils veulent pas, ils veulent que ça aille vite, tu vois. Ça c'est dommage aussi. »</i></p>

		<p><i>L 266-267 p. XVI « comme quoi on revient toujours la même chose. Il y a plein de techniques, mais ça dépend du temps qu'on a »</i></p> <p><i>L 269-270 p. XVI « Oui, c'est vrai, d'ailleurs on entend, c'est plus des anciens, mais il y en a qui disent : ça va, ça fait mal cinq seconde, c'est bon, on passe à autre chose. [rire] On l'entend dans les soins. »</i></p>
		<p><u>IDE 2 : Janice</u></p> <p><i>L 65-68 p. XVIII « Ça prend du temps. Et ici, le temps, voilà ! Donc, j'en fais de temps en temps, j'en fais quand la petite elle est hystérique pour la prise de sang, voilà ! quand il faut faire un geste très... voilà ! qu'on sait qu'on ne va pas y arriver, quoi ! ou [euh] quand on va coudre quelqu'un, ça nous arrive. Les luxations d'épaules, ça marche très bien, mais il faut du temps, il faut du personnel. »</i></p> <p><i>L 118-120 p. XX « Le problème, c'est pas les personnes qui refusent, c'est le temps. Notre problème, ce n'est pas parce que même les médecins, même les vieux, les vieux aussi bien les jeunes, sont, sont tout à fait d'accord [euh] l'ostéopathie tout ça. Même pour les brûlures, tout ça, tout le monde est d'accord. Mais... mais c'est le temps... ! »</i></p> <p><i>L 122 p. XX « C'est pas le temps [euh], se serait le temps et les locaux. »</i></p>
		<p><u>AS 3 : Phoebe</u></p> <p><i>L 23-26 p. XXIII « Je pense, c'est plus des aides-soignantes, ont plus de temps par rapport aux infirmières qui sont beaucoup [euh] avec les chimiothérapies, avec les... fin, c'est beaucoup plus long. Je pense que c'est des aides-soignantes, mais si les infirmières peuvent se détacher, c'est pas interdit que ce soit des infirmières ! C'est une question de pratique ! On manque de soignants, quoi ! »</i></p>

Annexe X : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : **Camren SANCHEZ**

Promotion : **2020-2023**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) **Dompter la douleur procédurale : l'Art de Guérir sans Pilule**

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le **09/10/2023** Signature :

A handwritten signature in blue ink that reads 'Sanchez camren'.

Dompter la Douleur Procédurale : L'Art de Guérir sans Pilules !

Quel soignant n'a jamais provoqué de douleur à un patient lors d'un soin, puis s'est demandé ensuite s'il aurait pu réaliser ce soin différemment ? Moi-même, j'ai vécu une telle situation lors d'un stage en tant qu'étudiante infirmière et grâce à ce mémoire, je pourrai approfondir cette réflexion. Aujourd'hui, on utilise largement la médecine dite allopathique, mais de plus en plus de soignants se forment aux médecines alternatives. Elles gagnent en importance au sein de nos établissements de santé et souvent ces deux approches médicales se complètent.

Ce qui m'a conduit à cette question de départ est :

« En quoi l'utilisation des médecines alternatives, associées à la médecine conventionnelle, peut-elle impacter la prise en charge de la douleur induite par les soins ? »

Pour répondre à ce questionnement, j'ai utilisé la méthode clinique qualitative. Cette approche offre un récit proche de ce que vivent les soignants au quotidien. J'ai également eu recours à la pratique de l'entretien semi-directif, offrant aux soignants davantage de liberté dans leur discours et garantissant une authenticité dans leurs témoignages. J'ai recueilli le témoignage de deux infirmiers et de deux aides-soignantes qui pratiquent régulièrement ces médecines alternatives dans leur service. Chacun des soignants interrogés est formé ou fait appel à ces médecines alternatives ou à des méthodes d'apaisement pour pouvoir réduire les douleurs induites par les soins.

Cette recherche m'a permis de mieux comprendre les bénéfices de ces médecines alternatives et de constater l'influence positive qu'elles ont sur le processus de rétablissement du patient.

Mot clés : Douleur induite, médecine alternative, médecine intégrative, allopathie, soins.

Nombre de mots : 250

Taming Procedural Pain: The Art of Healing Without Pills!

Which caregiver has never caused pain to a patient during a treatment, and then wondered if he could have performed this treatment differently? I myself experienced such a situation during an internship as a student nurse and thanks to this thesis, I will be able to deepen this reflection. Today, allopathic medicine is widely used, but more and more caregivers are training in alternative medicines. They are becoming increasingly important in our healthcare facilities and often these two medical approaches complement each other.

What led me to this initial question is:

“How can the use of alternative medicines, combined with conventional medicine, impact the management of care-induced pain?”

To answer this question, I used the qualitative clinical method. This approach offers a narrative close to what caregiver's experience on a daily. I also used the practice of semi-structured interview, offering caregiver's more freedom in their speech and guaranteeing authenticity in their testimonies. I heard from two nurses and two nursing assistants who regularly practice these alternative medicines in their service. Each of the caregivers interviewed is trained or uses these alternative medicines or soothing methods to reduce the pain induced by care.

This research allowed me to better understand the benefits of these alternative medicines and to see the positive influence they have on the patient's recovery process.

Keywords: Induced pain, alternative medicine, integrative medicine, allopathy, care.

Numbers of words: 218