



HAL
open science

Éthique des soins et douleur aiguë: l'application des prescriptions médicales des opiacés par les infirmières en soins postopératoires et l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs induites par les soins

Maria Dolores Cano Romero

► To cite this version:

Maria Dolores Cano Romero. Éthique des soins et douleur aiguë: l'application des prescriptions médicales des opiacés par les infirmières en soins postopératoires et l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs induites par les soins. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2019. Français. NNT: 2019TOU20001 . tel-02885751

HAL Id: tel-02885751

<https://theses.hal.science/tel-02885751v1>

Submitted on 1 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 – Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

MARIA DE LOS DOLORES CANO ROMERO

Le 11 janvier 2019

**Éthique des soins et douleur aiguë : l'application
des prescriptions médicales des opiacés par les infirmières
en soins postopératoires et l'utilisation de l'hypnose
dans les douleurs induites par les soins**

École doctorale CLESCO – Comportement, Langage, Éducation,
Socialisation, Cognition

Spécialité : **Psychologie**

Unité de recherche
**CERPPS – Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie
et Psychologie de la Santé**

Thèse dirigée par

Mme Maria Teresa MUÑOZ SASTRE, Professeur, Université Toulouse 2
M. Bruno QUINTARD, Professeur, Université de Bordeaux

Jury

M. Félix NETO, Universidade do Porto, Rapporteur
M. Francisco LABRADOR, Universidad Complutense de Madrid, Rapporteur
Mme Maria Teresa MUÑOZ SASTRE, Université Toulouse 2, Directeur de thèse
M. Bruno QUINTARD, Université de Bordeaux, Co-directeur de thèse

Université Toulouse 2-Jean Jaurès

Laboratoire CERPPS

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
Spécialité Psychologie

Éthique des soins et douleur aiguë : l'application des prescriptions médicales des opiacés par les infirmières en soins postopératoires et l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs induites par les soins

CANO ROMERO Maria de los Dolores

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 janvier 2019

Thèse dirigée par

Mme Maria Teresa MUÑOZ SASTRE, Professeur, Université Toulouse 2
M. Bruno QUINTARD, Professeur, Université de Bordeaux

Jury

M. Félix NETO, Universidade do Porto, Rapporteur
M. Francisco LABRADOR, Universidad Complutense de Madrid, Rapporteur
Mme Maria Teresa MUÑOZ SASTRE, Université Toulouse 2, Directeur de thèse
M. Bruno QUINTARD, Université de Bordeaux, Co-directeur de thèse

*« Ce qui est éthique on ne peut pas l'enseigner.
Si je ne pouvais expliquer à autrui l'essence de ce qui est éthique
que par le biais d'une théorie,
ce qui est éthique n'aurait pas de valeur »*

Ludwig Wittgenstein, 1992, p.190.

*À Julian, mon mari
À Laura et Lucia, mes filles
À Sandrine, mon amie*

Remerciements

Je tiens vraiment à remercier ma directrice de thèse, **Madame le Professeur Maria Teresa Muñoz Sastre**, pour la confiance et le soutien qu'elle a témoigné à mon égard tout au long de ces années. Merci encore d'avoir partagé ce bout de chemin, mais surtout pour votre confiance, votre soutien et la disponibilité dont vous avez toujours fait preuve à mon égard. Merci aussi pour vos conseils, qui parfois, étaient magiques pour me débloquer et me permettre d'avancer.

Je tiens aussi remercier mon directeur de thèse **Monsieur le Professeur Bruno Quintard** qui, bien qu'un peu plus éloigné géographiquement, a été toujours bien présent quand j'en ai eu besoin. Merci pour votre confiance et votre soutien, mais aussi pour vos conseils. Merci aussi d'avoir partagé ce bout de chemin.

Je tiens également à remercier **Monsieur le Professeur Etienne Mullet**. Vous m'avez donné le goût pour les statistiques et je tiens à vous dire que j'adore cette méthodologie, elle restera à jamais dans ma boîte à outils. Merci pour votre temps et votre patience. Mais aussi pour tous ces conseils aussi précieux qui m'ont permis d'y arriver.

Je tiens à remercier **Monsieur le Professeur Félix Neto** à l'Universidade do Porto, Portugal et **Monsieur le Professeur Francisco Labrador**, à l'Universidad Complutense de Madrid, Espagne, membres du jury qui m'ont fait l'immense honneur d'évaluer ce travail.

Je tiens à remercier **Madame Marie-Laure Maraval** pour tous ces moments que nous avons partagés quand j'ai eu vraiment besoin. Merci pour tout ce que tu m'as appris et ton soutien.

Je tiens à remercier **toutes les personnes qui ont participé de près comme de loin** à que cette thèse soit devenue une réalité : les secrétaires de l'École Doctorale, mes collègues du Laboratoire...

Cette thèse n'aurait pas pu aboutir sans l'aide de ma famille, je tiens à vous remercier, **Julian, Laura et Lucia Barrera**. Merci pour votre aide dans les hauts et le bas dans ce chemin. Je vous aime.

Merci, **Maman** de croire en moi et soutenir mon projet. Désolée de ne pas avoir passé plus de temps avec toi. Merci, **Papa**, que je sais bien qu'aujourd'hui tu serais fier de moi. Je vous aime.

Je tiens à remercier **Françoise Gosselin** pour son soutien et sa patience pendant ces années. Désolée de ne pas pu me rendre toujours disponible pour nos sorties entre amies.

Je tiens à remercier **Sandrine Debeve**. Sans ton soutien je n'y serai pas arrivée. J'ai adoré tes réflexions, tes questionnements et tes notes lors de tes lectures. Je me souviendrai du repas pizza et du cerveau de mon bureau, pendant la nuit des chercheurs, des pommes de terre, des pâtes et des haricots de mer dans la paella, des scénarii et de tant d'autres anecdotes. Merci Gérard et les garçons pour votre temps.

Je tiens à remercier **Marie-Claire Farrès**, ancienne formatrice, maintenant à la retraite, pour sa lecture attentive et ses corrections. Merci de m'avoir donné de ton temps.

Je tiens à remercier très chaleureusement **toutes les personnes qui ont accepté de participer aux études**, sans qui ce travail n'aurait pas eu lieu. Vous êtes les vrais protagonistes. Merci de m'avoir donné de votre temps.

Je tiens à remercier le **Docteur Serge Perrot**, Président de la Société Française d'Étude et Traitement de la Douleur (SFETD), de m'avoir ouvert les portes à Paris et aux alentours. Merci de votre confiance.

Je tiens à remercier **Madame Marie-Pierre Collet**, infirmière, pour son aide précieuse pour les prises de rendez-vous (RDV) avec les patients et leur entourage, à Paris et aux alentours.

Je tiens à remercier le **Docteur Philippe Cauvy** de m'avoir ouvert les portes des consultations à Toulouse. Merci de m'avoir fait confiance.

Je tiens à remercier **Véronique Cauvy** d'être toujours disponible pour m'accompagner dans mes allers-retours à Paris. Merci beaucoup pour tous ces moments magiques.

Je tiens à remercier **Madame Martine Cattet**, Cadre Supérieur de Santé, Adjointe de Direction, de m'avoir ouvert les portes des établissements de santé à Marseille et à Saint-Tropez et ses alentours.

Je tiens à remercier **Marie Pruvost** pour tous ces moments de paix chez toi, au milieu de la forêt, entre tous les RDV à Marseille et à Saint-Tropez, pour réaliser ce travail.

Je tiens à remercier **Madame Macarena Romero Martin**, Chef d'études et **Monsieur José Antonio Ponce Blandon** Directeur à l'École d'Infirmiers de Séville, de m'avoir ouvert les portes de l'école afin de poursuivre mon projet dans la continuité de ces travaux.

Je tiens à remercier **Madame Christine Stervinou**, Directrice des Instituts de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) de Pamiers et **Madame Viviane Maury**, Directrice adjointe et Coordinatrice Pédagogique, maintenant à la retraite, d'avoir accepté ma candidature, en sachant que je venais de commencer un doctorat, quand j'ai décidé de quitter les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de la Croix-Rouge pour venir chez vous.

Je tiens à remercier **Madame Isabelle Dubois**, coordinatrice pédagogique aux IFMS pour son soutien malgré les contraintes du travail, parce qu'elle a compris combien c'est difficile de faire une thèse en partageant son temps avec un emploi à temps plein.

Je tiens aussi à remercier spécialement **les collègues** qui m'ont aidée à atteindre mon objectif.

Table des matières

Introduction.....	15
1. LA DOULEUR AIGUË DANS LES SOINS.....	23
1.1. LA DOULEUR : UNE EXPÉRIENCE MULTIDIMENSIONNELLE À COMPRENDRE .	25
1.1.1. L'approche conceptuelle de la douleur	25
1.1.2. L'approche des représentations sociales de la douleur.....	32
1.1.3. L'approche historique de la douleur	37
1.1.4. L'approche sociétale et organisationnelle de la douleur.....	40
1.2. L'ADMINISTRATION DES OPIACÉS DANS LA DOULEUR AIGUË POSTOPÉRATOIRE	47
1.2.1. Évaluation de la douleur postopératoire.....	48
1.2.2. Les protocoles de prescriptions d'analgésie ou prescriptions en « si besoin » ou prescriptions anticipées.	50
1.2.3. Les craintes et préjugés face aux opioïdes.....	51
1.2.4. Échelle analgésique de l'OMS.....	53
1.2.5. Études en lien avec la gestion de la douleur	53
1.3. LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE DANS LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS....	60
1.3.1. Douleurs induites par les soins.....	60
1.3.2. L'hypnose.....	63
1.3.3. Études en lien avec la pratique de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.....	69
1.4. L'ÉTHIQUE DANS LES SOINS	77
1.4.1. Les soins infirmiers : du soin à l'éthique au cœur de la relation de soin	78
1.4.2. L'éthique dans les soins : approche par principes bioéthiques.....	80
1.4.3. L'éthique dans les soins : approche déontologique	86
1.4.4. Études portant sur l'éthique dans les soins	87
2. LA THÉORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION DE NORMAN ANDERSON... 97	
2.1. LE JUGEMENT ÉTHIQUE : LE SENS DES MOTS.....	99
2.2. LA THÉORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION.....	100
2.2.1. Diagramme du processus de l'intégration de l'information	102
2.2.2. L'éclairage de la Théorie d'Intégration de l'Information.....	107

2.3. LES RÈGLES ALGÈBRIQUES D'INTÉGRATION.....	111
2.3.1. Les modèles additifs	115
2.3.2. Les modèles multiplicatifs	120
2.3.3. Les modèles conjonctifs	123
2.4. EXEMPLES D'ÉTUDES UTILISANT LA THÉORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION DE NORMAN H. ANDERSON	124
2.4.1. L'étude de Frileux, Lelièvre, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum (2003), portant sur les décisions de fin de vie.....	125
2.4.2. L'étude de Guedj, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum (2009), portant sur les décisions de rupture du secret médical.....	126
2.4.3. L'étude de Muñoz Sastre, Sorum & Mullet (2011), portant sur l'impact de l'information donnée aux malades.....	126
2.4.4. L'étude d'Esterle, Muñoz Sastre & Mullet (2011), portant sur les relations sexuelles des personnes âgées.....	127
3. PREMIÈRE ÉTUDE. LE JUGEMENT D'ACCEPTABILITÉ DU REFUS PAR LES INFIRMIÈRES DE SOULAGER LA DOULEUR AIGUË POSTOPÉRATOIRE.....	130
3.1. PROBLÉMATIQUE.....	131
3.2. OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE	132
3.3. MÉTHODE.....	136
3.3.1. Participants.....	136
3.3.2. Matériel	138
3.4. RÉSULTATS.....	150
3.4.1. Résultats de l'analyse de variance pour les 54 scenarii.....	152
3.4.2. Résultats de l'analyse en cluster en fonction des facteurs inter-sujets pour les 72 scenarii	167
3.4.3. Résultats de l'analyse en clusters en fonction des facteurs intra-sujets pour les 72 scenarii	175
3.5. DISCUSSION	198
3.6. CONCLUSION	203
4. DEUXIÈME ÉTUDE. LE JUGEMENT D'ACCEPTABILITÉ DE L'UTILISATION DE L'HYPNOSE DANS LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR AIGUË INDUITE PAR LES SOINS.....	207

4.1. PROBLÉMATIQUE.....	209
4.2. OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE	210
4.3. MÉTHODE.....	213
4.3.1. Participants.....	213
4.3.2. Matériel	217
4.4. RÉSULTATS.....	226
4.4.1. Résultats de l'analyse de variance pour les 48 scenarii.....	227
4.4.2. Résultats de l'analyse en cluster en fonction des facteurs inter-sujets	237
4.4.3. Résultats de l'analyse en clusters en fonction des facteurs intra-sujets	245
4.5. DISCUSSION	273
4.6. CONCLUSION	281
<i>DISCUSSION GÉNÉRALE</i>	<i>285</i>
<i>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</i>	<i>295</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	<i>301</i>
<i>ANNEXES.....</i>	<i>321</i>

Liste des tableaux

Tableau 3-1. Descriptif des quatre principaux facteurs intra-sujets (Vintra)	144
Tableau 3-2. Descriptif des deux facteurs intra-sujets (Vintra) additionnels	145
Tableau 3-3. Descriptif des facteurs sociodémographiques inter-sujets (VIinter)	146
Tableau 3-4. Descriptif du facteur de l'état de santé au moment de la passation.....	147
Tableau 3-5. Descriptif des facteurs concernant l'expérience douloureuse vécue	147
Tableau 3-6. Degré moyen d'acceptabilité du facteur inter-sujets « profession des participants » sur les facteurs intra-sujets	160
Tableau 3-7. Degré moyen d'acceptabilité du facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue par les participants » sur les facteurs intra-sujets.....	161
Tableau 3-8. Degré moyen d'acceptabilité du facteur « Cluster » sur les facteurs intra-sujets	177
Tableau 4-1. Descriptif des quatre facteurs intra-sujets (Vintra)	220
Tableau 4-2. Descriptif des facteurs sociodémographiques inter-sujets (Vinter).....	222
Tableau 4-3. Descriptif du facteur intra-sujet « état de santé au moment de la passation »	222
Tableau 4-4. Descriptif des facteurs intra-sujets concernant l'expérience douloureuse vécue	223
Tableau 4-5. Facteurs intra-sujets concernant l'expérience avec l'hypnose.....	223

Liste des figures

Figure 2-1. Diagramme de l'Intégration de l'Information (Anderson N.H., 1982, 1996).....	103
Figure 2-2. Exemple de scénario	109
Figure 2-3. Exemple de « Règle de sommation » dans le « Modèle additif »	117
Figure 2-4. Exemple de « Règle de soustraction » dans le « Modèle additif ».....	119
Figure 2-5. Exemple de « Règle de multiplication » dans le « Modèle multiplicatif ».....	121
Figure 2-6. Exemple de « Règle conjonctive » dans le « Modèle conjonctif ».....	123
Figure 3-1. Descriptif de scénario de la première étude.....	140
Figure 3-2. Descriptif de scénario de la première étude.....	140
Figure 3-3. Effet principal du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière ».....	153
Figure 3-4. Effet principal du facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur »....	154
Figure 3-5. Effet principal du facteur « niveau de risque encouru par le patient ».....	155
Figure 3-6. Effets combinés des facteurs « demande du patient à être soulagé de sa douleur » * « degré de douleur évalué par l'infirmière » * « niveau de risque encouru par le patient »	157
Figure 3-7. Effets combinés des facteurs « demande du patient à être soulagé de sa douleur » * « degré de douleur évalué par l'infirmière » * « niveau de risque encouru par le patient »	158
Figure 3-8. Effets combinés des facteurs « profession de participants » * « niveau de risque encouru par le patient » * « demande du patient à être soulagé de sa douleur ».....	162
Figure 3-9. Effets combinés du facteur « situation douloureuse vécue » sur les facteurs intra- sujets « niveau de risque encouru par le patient » et « demande du patient à être soulagé de sa douleur ».....	166
Figure 3-10. Effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient » dans le cluster 3	190
Figure 3-11. Effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient » dans le cluster 4 (première étude).....	191
Figure 3-12. Effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière » dans la première étude.....	192
Figure 3-13. Effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pur soulager la douleur du patient » * « niveau de risque encouru par le patient ».....	193
Figure 3-14. Étude 1. Effets combinés des facteurs intra-sujets ayant le plus du poids dans notre étude : quatre modèles de pensée	195
Figure 4-1. Descriptif de scénario de la deuxième étude.....	218
Figure 4-2. Descriptif de scénario de la deuxième étude.....	219
Figure 4-3. Effet principal du facteur intra-sujets « âge-identité du patient »	229
Figure 4-4. Effet principal du facteur intra-sujets « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »	230

Figure 4-5. Effet principal du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur »	230
Figure 4-6. Effet principal du facteur intra-sujets « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ».....	231
Figure 4-7. Effets combinés des facteurs intra-sujets facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » * « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière ».....	234
Figure 4-8. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »	236
Figure 4-9. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »	250
Figure 4-10. Effets combinés des facteurs « stratégie de traitement proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur, évalué par l'infirmière traduit à un soin »	252
Figure 4-11. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »	253
Figure 4-12. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »	255
Figure 4-13. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »	257
<i>Figure 4-14. Effets combinés des facteurs * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »</i>	<i>259</i>
<i>Figure 4-15. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »</i>	<i>261</i>
<i>Figure 4-16. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »</i>	<i>263</i>
Figure 4-17. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » « Clusters » dans la deuxième étude.....	266
Figure 4-18. Effets combinés des facteurs « stratégie de traitement proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » « Clusters » dans la deuxième étude	267

Table des annexes

Annexe 1. Différences entre douleur aiguë et chronique	323
Annexe 2, Étude 1. Les scénarii.....	324
Annexe 3. Étude 1 . Questionnaire de renseignements	348
Annexe 4. Étude 1. Formulaire de Consentement.....	350
Annexe 5. Étude 1. Analyse de variance : synthèse de tous les effets incluant le facteur profession pour l'ensemble de la population.....	351
Annexe 6. Étude 1. Caractéristiques démographiques de la population d'étude pour chaque cluster.....	354
Annexe 7. Étude 1. Synthèse de tous les effets pour les ANOVAs conduites séparément sur chaque cluster.....	355
Annexe 8. Étude 1. Tracé des Moyennes pour chaque cluster	356
Annexe 9. Étude 1. Tracé des Moyennes générales.....	356
Annexe 10 Étude 1. Résultats correspondants aux cinq modèles de pensée identifiés	357
Annexe 11. Étude 2. Les scénarii.....	358
Annexe 12. Étude 2. Questionnaire de renseignements.....	370
Annexe 13. Étude 2. Formulaire de Consentement.....	374
Annexe 14. Étude 2. Analyse de variance : synthèse de tous les effets pour l'ensemble de la population	375
Annexe 15. Étude 2. Caractéristiques démographiques de la population d'étude pour chaque cluster.....	377
Annexe 16. Étude 2. Synthèse de tous les effets pour les ANOVAs conduites séparément sur chaque cluster.....	378
Annexe 17. Étude 2. Participants intéressés par l'Hypnose	379

Glossaire des sigles

SFETD	Société Française d'Étude et Traitement de la Douleur
RDV	Rendez-vous
IFMS	Instituts de Formation aux Métiers de la Santé
IFSI	Instituts de Formation en Soins Infirmiers
CSP	Code de la Santé Publique
CDS	Cadre de Santé
CSF	Cadre de Santé Formateur
ESI	Étudiant en Soins Infirmiers
HAS	Haute Autorité de Santé
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EBN	Evidence Based Nursing – Pratiques de soins basées sur les preuves
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ATILF	Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
IASP	International Association for the Study of Pain
SNA	Système Nerveux Autonome
ADP	Accès Douloureux Paroxystique
SDC	Syndrome Douloureux Chronique
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SDRC	Syndromes Douloureux Régionaux Complexes
AVC	Accident vasculaire cérébral
EVS	Échelle Verbale Simple
EN	Échelle Numérique
EVA	Échelle Visuelle Analogique
HPS	Hôpitaux Promoteurs de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
PEC	Prise en charge
NHWS	National Health and Wellness Survey
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
EPIPPAIN	Epidemiology of Procedural Pain in Neonates
REGARDS	Recueil Épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressenties comme Douloureux et Stressants
SAMU	Service d'aide médicale urgente
EHPAD	Établissement d'Hebergement pour Personnes Âgées Dépendantes
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
SSR	Service de Soins de Suite et Réadaptation
UCS	Unité de Court Séjour
ARS	Agence Régionale de Santé
MIVILUDES	Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires
EMC	État Modifié de Conscience
APA	American Psychological Association
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IIT	Téorie de l'Information et de l'Intégration
PCA	Patient Controlled Analgesia ou Analgésie autocontrôlée par le patient
EMC	Etat Modifié de Conscience
SFSP	Société Française de Santé Publique

Résumé

Objet d'étude : notre étude concerne l'éthique des soins prodigués aux patients douloureux. Deux axes sont présentés. Dans le premier, centré sur le traitement pharmacologique, 395 individus ont jugé des conditions d'acceptabilité de refuser de délivrer un antalgique opiacé à un patient qui le demande, en phase postopératoire. Dans le deuxième axe de recherche, centré sur le traitement non pharmacologique, 201 individus ont jugé du degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

Méthode : notre recherche est basée sur la Théorie Fonctionnelle de l'Intégration de l'Information de N.H. Anderson (1981). Dans la première étude, 72 scénarii ont été proposés et six facteurs ont été étudiés : l'âge, le degré de douleur, le nombre de demandes, le niveau de risque, le résultat de l'intervention chirurgicale et la stratégie de traitement. Dans notre deuxième étude, 48 scénarii ont été proposés et quatre facteurs ont été étudiés : la douleur traduite à un soin, l'âge-identité du patient, la stratégie de traitement, et la formation reçue par l'hypnotiseur.

Résultats : dans les cinq clusters de notre première étude, les facteurs les plus influents sont « risque encouru par le patient » et « douleur évaluée par l'infirmière ». Par ailleurs, le facteur « âge du patient » ne semble pas influencer le degré d'acceptabilité, ce qui respecte donc le principe de justice. Cependant, dans notre deuxième étude, il apparaît que les quatre facteurs étudiés impactent le degré d'acceptabilité, y compris l'âge, contrairement aux résultats de la première étude. Nous avons déterminé huit clusters en fonction du poids accordé aux différentes combinaisons de ces facteurs. Les facteurs ayant le plus de poids sont « la stratégie de traitement proposée par l'infirmière » et « la formation reçue par l'hypnotiseur ».

Conclusion : les résultats montrent différents positionnements des participants face à la douleur aiguë. L'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III et l'acceptabilité de l'utilisation d'une technique d'hypnose sont largement influencées par les facteurs étudiés et varient en fonction de la situation singulière du patient.

Mots clefs : Éthique, Douleur, Degré d'Acceptabilité, Soins postopératoires, Antalgique Opiacé, Morphine, Hypnose, Infirmière, Grand Public.

INTRODUCTION

« *Écouter la douleur, c'est déjà l'adoucir* »

Proverbe français. Le recueil de Proverbes français, 1891.

Tout le monde a été confronté à la douleur à un moment donné, et cela dès la naissance. Dans son premier discours, Bouddha (IV^e siècle av. J.-C.) promulguait sa doctrine basée sur les quatre vérités, promettant d'atteindre la salvation de l'Âme. Toutes ces vérités faisaient référence à la douleur à différents niveaux. Il affirmait que : « *la douleur est universelle et personne ne peut s'en libérer, dès la naissance jusqu'à la mort* » (Jaros, 1991, p. 1).

Dans les soins, la douleur est également omniprésente ; elle est fréquemment rencontrée dans sa forme aiguë. La prise en charge de la douleur est une problématique au cœur du métier de soignant. Par ailleurs, en application de l'Art. L. 710-3-1 du Code de la Santé Publique (CSP), tout établissement dispensateur de soins doit mettre en œuvre des moyens efficaces pour la prise en charge de la douleur des patients qu'il accueille.

Notre objectif dans la présente thèse est de mettre en évidence le jugement des individus, confrontés à diverses solutions possibles de soulagement de la douleur aiguë. Nous porterons une attention particulière aux infirmières¹ qui, en fonction du résultat de leur jugement clinique, peuvent adapter la prescription médicale au patient. Deux axes de recherche sont présentés. Le premier, centré sur « **le traitement pharmacologique** », porte sur les conditions d'acceptabilité de l'utilisation d'analgésiques opioïdes, chez le patient en phase postopératoire, une fois la pompe à morphine retirée. Le deuxième, centré sur le « **traitement non pharmacologique** », porte sur les conditions d'acceptabilité de la pratique de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

En premier lieu, nous positionnerons l'étude dans son contexte, puis nous présenterons la structure de la thèse.

¹ Lire partout infirmier(s) ou infirmière(s). L'utilisation du genre féminin est choisie ici pour alléger la lecture et en référence à la représentation majoritaire des femmes dans cette profession.

Mon constat et le contexte de l'étude

Tout au long de mes 30 années d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé, en Espagne et en France, en tant qu'infirmière puis Cadre de Santé (CDS), j'ai été confrontée, dans tous les établissements sociosanitaires et dans tous les services où j'ai travaillé, d'une part à la gestion de la douleur des patients et d'autre part, aux attitudes des équipes de soins. Comment mes collègues, mes étudiants en sciences de la santé (infirmières et aides-soignantes²) et moi-même, définissons-nous ce qui est bien ou mal dans le soulagement de la douleur des patients ? Je me suis toujours interrogée sur mon positionnement et le sens de ma pratique professionnelle. Différentes situations concernant le soulagement de la douleur auront mérité d'être analysées avec un regard éthique.

Mon jugement éthique dans mes actes de soignante et ceux de mes collègues était modulé en fonction de la situation particulière du soin, des contraintes organisationnelles, des échanges avec les équipes de soins, des contradictions entre théorie et pratique, etc. Cependant, malgré la réflexion sur les décisions mises en place dans les situations vécues, je me suis retrouvée en décalage entre l'idéal éthique dans les soins et ce que j'avais mis en œuvre pour les patients dans les conditions réelles de l'exercice de ma profession.

L'idée de m'engager dans une étude en éthique de la santé autour de la douleur aiguë vient, en effet, du fait de rencontrer des infirmières dont le comportement face à la douleur de leurs patients était opposé, dans les cas de prescriptions médicales anticipées : certaines ne soulageaient pas la douleur de leurs patients et d'autres les soulageaient toujours, dans n'importe quelle circonstance. Actuellement, je rencontre la même difficulté dans mon exercice de Cadre de Santé Formateur (CSF). En effet, dans une formation où la réflexivité est au cœur des pratiques, les étudiants en soins infirmiers (ESI) nous renvoient, lors des ateliers programmés d'analyse de situations en retour de stage, que l'infirmière référente ou tutrice disait parfois que « *les étudiants ne devaient plus réfléchir autant, mais appliquer les prescriptions médicales* ». À cela s'ajoute le manque de communication entre les membres de l'équipe, la « non-disponibilité », liée à la charge de travail importante et l'écart entre les compétences des jeunes diplômées et celle des plus anciennes.

² Lire partout aides-soignant(s) ou aides-soignante(s). L'utilisation du genre féminin est choisie ici pour alléger la lecture et en référence à la représentation majoritaire des femmes dans cette profession.

Le soin demande aux professionnels un perpétuel questionnement. Cependant, les situations ambiguës ; manquant d'informations ou qui impliquent un conflit moral influencent la prise de décision qui peut donc ne pas être rationnelle. Cet écart entre l'idéal éthique des soins et la possibilité de le mettre en pratique lors d'un acte prescrit a été constaté par Bouvet & Stinglhamber-Vander Borght (2006) suite aux rencontres avec les infirmières à l'occasion de groupes d'éthique et de différentes formations, tant initiales que continues.

« (...) quels que soient les pays ou les établissements, la plainte exprimait toujours l'impossibilité de mettre en œuvre l'idéal de soins dans les conditions actuelles de la pratique infirmière »

« (...) écart considérable entre l'idéal éthique des soins et la possibilité de le mettre en pratique. Il est probablement l'une de causes du fameux burnout des infirmières (...) » (Bouvet & Stinglhamber-Vander Borght, 2006, p.1-2).

Dans un contexte de soins en perpétuelle évolution socio-économique, la prise en charge de la douleur constitue, non seulement, un véritable enjeu de santé publique, mais est aussi un critère de qualité et d'évolution du système de santé. En effet, s'adapter à la complexité croissante des situations de soins, la sécurité des patients et la qualité des soins deviennent des enjeux majeurs (Barthels & Bednash, 2005 ; Haute Autorité de Santé [HAS], 2012).

Les professionnels de santé doivent composer avec un environnement de travail de plus en plus complexe et dynamique qui nécessite une posture autonome, responsable et réflexive. Dujarier (2012) explique que les professionnels sont amenés à faire un choix en fonction de la situation rencontrée (manque de temps, priorisation des soins, attentes du médecin, des collègues ...).

La difficulté à adopter une « posture infirmière » peut aussi s'expliquer à partir du vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, les avancées technologiques, l'augmentation des exigences normatives, des procédures et des protocoles dans la prise en charge des patients, les nouvelles représentations des soins (pratique clinique avancée), et l'adéquation des ressources dans les soins. Par ailleurs, les réflexions sur les notions d'activité de soins, pensées autour de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et les pratiques des soins basés sur les preuves (*Evidence Based Nursing* [EBN]) viennent aussi accompagner cette évolution.

Évoquer le changement hospitalier, c'est aussi parler des professions, des métiers et des compétences. « *Une des conséquences importantes de ce changement est que la hiérarchie des professions, calée sur le savoir académique, sera bousculée, au profit de compétences jugées efficaces* » (Schweyer, 2007, p. 262). Les soignants sont respectés non seulement par leur savoir basé sur l'expérience, mais encore par leur capacité d'adaptation au travail et la gestion des problèmes. En définitive, ils sont jugés sur leur efficacité. « *Le professionnel sera donc valorisé, évalué, non plus exclusivement en fonction de ses diplômes, mais aussi parce qu'il est efficace et qu'il répond aux besoins de la société qui l'entoure* ». (Schweyer, 2007, p. 262). Nous avons envisagé cet aspect dans notre deuxième étude sur le jugement d'acceptabilité de la pratique de l'hypnose, dans le soulagement de la douleur induite par les soins, quand l'hypnotiseur est formé à l'hypnose, mais n'est pas titulaire d'un Diplôme reconnu par l'État.

La complexité du système de santé demande, en conséquence, de clarifier la posture de l'infirmière à partir du domaine de l'éthique. Ce domaine n'est plus, comme par le passé, réservé uniquement aux philosophes ou aux théologiens. Depuis une vingtaine d'années, il s'est ouvert aux approches empiriques et s'est, de ce fait, enrichi au point d'être considéré maintenant comme un domaine interdisciplinaire (Jacoby & Siminoff, 2008 ; Hester, 2008).

Les psychologues, parmi d'autres scientifiques, ont contribué au développement de l'éthique empirique, et des travaux utilisant les techniques de la psychologie cognitive ont vu le jour. Les problèmes abordés concernent principalement, mais pas exclusivement le domaine médical (voir Gamelin, Muñoz Sastre, Sorum, & Mullet, 2006 ; Esterle, Muñoz Sastre & Mullet., 2011). En effet, ce sont des travaux impliquant directement un médecin : suicide médicalement assisté, techniques d'avortement, annonce d'un diagnostic, décision de protéger la vie d'une personne proche d'un patient devenu dangereux, ou encore prescription d'opiacés à des patients en phase terminale.

Dans la présente étude, nous nous proposons d'étendre encore cette ligne de recherche, et cette fois d'y inclure les soins infirmiers. Il peut sembler a priori que les infirmières, comme nous l'avons constaté par notre expérience, qu'elles exercent en structure hospitalière ou en libéral, appliquent tout simplement les décisions des médecins prescripteurs sous la responsabilité desquels elles sont placées (Art R. 4311-7 du CSP). De ce fait, peu de responsabilités réelles leur incomberaient et peu de problèmes éthiques se poseraient. Cependant, dans la réalité du quotidien des soins, il en va différemment. Elles doivent continuellement adapter les traitements antalgiques

aux caractéristiques des patients qu’elles prennent en soin. Le comportement adopté par l’infirmière peut être parfois jugé non conforme à l’éthique et peut varier en fonction des soignants.

Structure de la thèse

Comme nous avons dit précédemment, l’objectif principal de cette thèse est l’étude des processus cognitifs sous-jacents à l’élaboration des jugements en lien avec le soulagement de la douleur aiguë postopératoire et provoquée par les soins.

Cette thèse se présente en deux parties principales : un volet théorique et un volet empirique. La première partie, le volet théorique, est composée de deux chapitres : le chapitre 1, où nous abordons la douleur dans les soins, d’une manière générale. Il est lui-même structuré en quatre sous-chapitres : les notions générales pour comprendre le concept de douleur, dans l’approche conceptuelle à visée compréhensive (cf. *sous-chapitre 1*), puis plus spécifiquement, la douleur aiguë postopératoire (cf. *sous-chapitre 2*) et la douleur induite par les soins (cf. *sous-chapitre 3*) et enfin, le quatrième et dernier, consacré à l’éthique de la douleur (cf. *sous-chapitre 4*). Le chapitre 2 est entièrement consacré à la méthodologie qui a servi de base pour faire nos recherches, la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de Norman Henry Anderson (Anderson N. H., 1981, 1982, 1991a, 1996, 2008, 2013). Dans la deuxième partie, le volet empirique, nous présentons, nos travaux. Le chapitre trois est consacré à la recherche en lien avec le traitement pharmacologique de la douleur, les opiacés et plus concrètement, la morphine et enfin le chapitre quatre, consacré à la recherche en lien avec le traitement non pharmacologique, l’hypnose. La troisième partie de la thèse est dédiée à la discussion et la conclusion générale.

1. LA DOULEUR AIGUË DANS LES SOINS

1.1. LA DOULEUR : UNE EXPÉRIENCE MULTIDIMENSIONNELLE À COMPRENDRE

Pendant longtemps la douleur était vécue comme une punition. Cette croyance, inscrite dans la doctrine judéo-chrétienne, était rattachée à la faute commise. Dans nos hôpitaux, elle se traduisait par un refus de soins. Les patients ne voulaient pas être traités, ils ne se plaignaient pas. Ce qui se traduisait par « ne pas vouloir déranger le personnel soignant ». Aujourd'hui nous observons un changement de paradigme : « la culture antidouleur ». En effet, punition et soulagement de la douleur sont des notions opposées. La prise en charge de la douleur est devenue une obligation légale. C'est une priorité dans les structures de soins et la formation des professionnels de santé. La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins en témoigne, elle renforce l'information des usagers. Des recommandations ont été publiées par la HAS et des référents douleurs ont été formés (HAS, sept 2014).

Prendre en charge la douleur et adapter les traitements aux personnes en souffrance constitue l'un des quatre buts de la médecine :

- « la prévention des maladies et des blessures et la promotion et le maintien de la santé »,
- « le soulagement de la douleur et de la souffrance causées par les maladies »,
- « le soin et la guérison de ceux qui ont une maladie et le soin de ceux qui ne peuvent pas être guéris »
- et enfin, « l'évitement de la mort prématurée et le poursuit d'une mort paisible ».
(The Hastings Center, 1996)

L'amélioration de la prise en charge de la douleur chez nos patients doit donc être un des objectifs généraux et les infirmières ont ici un rôle essentiel. Pour comprendre leur rôle, nous aborderons dans un premier temps le concept de douleur dans différentes dimensions, puis nous en approcherons les représentations sociales, et enfin, dans un troisième temps, nous présenterons un point de vue historique et organisationnel.

1.1.1. L'approche conceptuelle de la douleur

Un des objectifs de la médecine est la récupération de la santé perdue ou, dans le cas de la prévention, son maintien quand elle est présente. Cet objectif n'est pas

discutable, cependant nous partons d'une vision utopique du concept de santé. « *Le complet état de bien-être physique, mental et social* » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1948) devient presque inexistant. Et encore plus, quand nous sommes face à des patients en soins palliatifs, où nous ne pouvons pas parler ni de récupération ni de prévention de la santé. De même, vivre sans aucune douleur est impossible. En effet, la douleur est une réaction du corps aux agressions externes. La douleur aiguë a pour mission d'alerter afin de permettre à l'organisme non seulement de se protéger, mais aussi de réagir par des changements physiologiques. C'est ce qu'on connaît en médecine par « l'homéostasie » ou la recherche de l'équilibre interne suite aux changements environnementaux.

Pour mieux comprendre l'expérience douloureuse, nous allons nous efforcer d'approcher le concept de la douleur.

1.1.1.1. Appréhender le concept de douleur

Le terme douleur est ancien et tire son origine du latin « *dolos* ». En langage courant, la douleur est « *la sensation pénible en un point ou dans une région du corps* » (Legrain & Rey-Debove, 1996), p. 589). Le Trésor de la langue française le définit comme la « *souffrance plus ou moins vive, produite par une blessure, une brûlure, une lésion ou toute autre cause, qui manifestent une rupture du bien-être, de l'équilibre de la santé, la perte ou la diminution de l'intégrité physique* » (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française [ATILF], Centre National de la Recherche Scientifique [CNRS] & Université de Lorraine). Physiologiquement, la douleur est une sensation localisée pouvant aller d'un léger inconfort suite au déséquilibre de la santé (occasionné par une blessure, une brûlure ou une lésion autre), à une expérience insupportable et atroce, qui peut conduire les patients à la souffrance. Cette notion de déséquilibre se retrouve déjà dans l'antiquité. En effet, Hippocrate (Thivel, 1997) parlait de la douleur comme étant un déséquilibre entre les différentes humeurs qui constituaient le corps humain (lympe ou flegme, bile blanche ou jaune, bile noire ou atrabile et sang). L'équilibre bien proportionné était donc la santé.

La douleur peut être objectivable, liée à une lésion physique de l'organisme (brûlure, fracture, intervention chirurgicale, inflammation viscérale, etc.), mais elle peut aussi ne pas être objectivable, car liée à une lésion d'origine psychogène où les facteurs émotionnels peuvent être les principales causes de douleur (Merskey & Spear, 1967). Il n'y a pas de lésion physique, mais elle peut être ressentie comme telle. Ces auteurs

sont, en 1967, à l'origine de la première définition connue de la douleur. La douleur est, non seulement une expérience sensorielle provenant d'un dommage tissulaire, mais aussi une expérience émotionnelle désagréable, ressentie et vécue. (Merskey & Spear, 1967). Une année plus tard, en 1968, Merskey parlait de la douleur symptôme affectant une partie du corps, comme le résultat de troubles émotionnels. Dans ses recherches il avait pu observer que les patients présentant une douleur psychogène avaient donné des descripteurs similaires à ceux ayant une douleur liée à une lésion tissulaire (Merskey, 1968). La même année, suite aux travaux de recherche sur l'organisation fonctionnelle du cortex cérébral la douleur est définie comme une « *expérience tridimensionnelle* » : sensorielle (discriminative), affective (motivationnelle) et cognitive (évaluative) (Melzack & Casey, 1968). En 1979, the International Association for the Study of Pain (IASP) propose la définition de la douleur comme une expérience bidimensionnelle : la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion* » (IASP, 1994). La douleur est donc subjective, et elle varie à la fois avec l'état physique de l'individu et son état d'esprit (Merskey, 1991). Elle va dépendre des déterminants de santé qui peuvent influencer sur le vécu et le ressenti des individus, ainsi que sur la façon de l'exprimer, comme la culture et la religion. Plus tard, on parlera de quatre dimensions : « *il existe dans toute douleur, quels qu'en soient la cause et le mécanisme, quatre composantes* » (Muller, 2012), « *qui peuvent toutes exister les unes indépendamment des autres* » (Marchand, 1998). Ce sont :

- **la composante sensori-discriminative**, liée aux aspects qualitatifs et quantitatifs : la nature, la qualité, la localisation, la profondeur, la durée et l'intensité de la stimulation douloureuse. C'est la composante explorée de préférence chez les patients atteints de douleur aiguë. Elle oriente le médecin sur les causes qui l'ont provoquée et elle oriente aussi les infirmières sur les conduites à tenir dans l'application des prescriptions médicales anticipées.
- **la composante affective-émotionnelle** ou la façon dont le patient ressent la stimulation douloureuse. Elle est liée à la personnalité du patient et au sens qu'il donne à sa maladie. Elle s'accompagne des aspects désagréables, voire très désagréables, liés à la douleur : l'angoisse, l'anxiété, la dépression, la peur, etc. Cette composante peut amener la personne à une vraie souffrance. C'est pourquoi évaluer le niveau d'anxiété et de dépression des patients est nécessaire afin de mieux adapter le traitement. C'est la composante explorée de préférence chez les patients atteints d'une douleur qui perdure dans le temps (douleur chronique) ou ceux qui ont décompensé psychologiquement.

- **la composante cognitive**, liée aux processus mentaux participant au traitement des nombreuses informations de l'expérience douloureuse et qui peuvent influencer la perception de la douleur. C'est la composante qui permet à la personne d'interpréter sa douleur en lui donnant un poids, en fonction de ce qu'elle est, de ce qu'elle vit, et de comment elle se projette dans le futur. Cette composante met en évidence l'importance de la douleur pour le patient et combien elle compte pour lui (Merskey, 1968). C'est celle qui permet d'expliquer la signification de la douleur perçue, dans un contexte situationnel concret, en tenant compte des expériences passées.
- **la composante comportementale** (verbale et non verbale) ou la façon dont le patient se comporte face à la situation douloureuse. Ainsi, face à la peur, la personne peut avoir des réactions d'attention, d'anticipation, de fuite... En fonction de l'intensité de sa douleur, le patient peut hurler, crier, pleurer, mais aussi se manifester par une symptomatologie liée aux réactions du Système Nerveux Autonome (SNA) : pâleur, sueur, tachycardie, voire perte de conscience. Une évaluation correcte de ces manifestations, de la part du médecin, peut non seulement aider à déterminer l'origine de la douleur, mais encore accompagner le patient autant que l'entourage (Peoc'h, 2012).

Nous allons maintenant nous intéresser aux différents types de douleur.

1.1.1.2. Types de douleur

Les essais pour classifier la douleur ont été nombreux. La Taxonomie de l'IASP (1979) (Editorial The need of a taxonomy, 1979) a été reprise en 1982 par Merskey et en 1983 par Dehen. Nous retrouvons différents types de douleur, en fonction de sa localisation (céphalée, cervicalgie, dorsalgie, etc) ; de l'espérance de vie (douleur maligne -le cancer-, et douleur bénigne -lésions qui ne mettent pas en danger la vie de la personne-) ; l'étiologie (douleur post-traumatique, post-chirurgicale, infectieuse, mécanique...).

D'un point de vue plus large, nous allons compléter la présente classification.

1.1.1.2.1. Selon la durée

La douleur aiguë

La douleur aiguë est une douleur « symptôme » qui se caractérise par une installation récente, de durée inférieure à 3 mois. C'est un signal d'alarme de l'organisme qui a été agressé et qui induit une réponse du Système Nerveux Autonome (SNA) :

tachycardie, hypertension, tachypnée... Elle peut être isolée et intense, mais peut aussi évoluer et être source de complications avec possibilité de passage à la chronicité. Elle peut également survenir sur un fond de douleur chronique, encore appelée Accès Dououreux Paroxystique ou Transitoire (ADP). L'étiologie peut en être diverse :

- Les affections ostéo-articulaires : traumatismes, fractures, infection ou inflammation (tendinite, arthrite...) radulaire (sciatique, cruralgie...).
- Les douleurs dentaires, les céphalées.
- Le zona.
- Les douleurs viscérales: infarctus, lithiase rénale, lithiase vésiculaire....
- **Les douleurs postopératoires.**
- **Les douleurs induites par un soin** : injection, pansement...
- Douleur recherchée de façon intentionnelle à l'examen médical comme signe clinique. Par exemple, le signe de Mac-Burney, de Lasègue...
- **Douleur iatrogène, non intentionnelle liée à un traitement médical** comme la chimiothérapie.

La douleur chronique

La douleur chronique est une douleur « maladie » qui se caractérise par une durée de plus de 3 à 6 mois. Ce repère temporel est arbitraire, car il peut aussi s'agir de la douleur qui persiste au-delà du temps normalement prévu pour la cicatrisation de la lésion (Ex : post-chirurgie). Cela implique surtout que, du fait même de sa persistance, une douleur aiguë dite « rebelle » puisse évoluer vers la chronicité ou ce qu'on appelle en médecine, un Syndrome Dououreux Chronique (SDC).

Il y a deux types de douleur chronique, le type bénin ou douleur chronique non associée au cancer ou au Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) et le type malin dans lequel peuvent confluer plusieurs sous-types de douleur : douleur métastatique (par invasion osseuse), douleur neuropathique (par compression nerveuse) et douleur viscérale (par spasmes musculaires, distension des tissus, ischémie, inflammation, compression, présence de substances chimiques irritantes...). La douleur maligne peut être continue et constante, mais avec des périodes aiguës, en lien probablement, entre autres, avec le développement de la tumeur.

Le *Tableau de l'Annexe 1* montre les principaux éléments différenciateurs de la douleur aiguë et la douleur chronique.

1.1.1.2.2. Selon les mécanismes physiopathologiques

La douleur par excès de nociception

Il s'agit de douleurs qui affectent le système nociceptif en activant, par excès de stimulations, des récepteurs périphériques de la douleur, les nocicepteurs. Ceux-ci sont déclenchés par une destruction tissulaire, une réaction ischémique, une réaction mécanique ou une réaction inflammatoire. Cette dernière, en postopératoire réveille le patient la nuit. Ces éléments ont en commun de menacer l'intégrité du corps en déclenchant toute une cascade physiologique.

Les caractéristiques de ces douleurs sont très variées, elles peuvent être continues ou intermittentes. Elles présentent des degrés très variables d'intensité : soit de faible intensité dans le cas des douleurs des tissus superficiels, soit de forte intensité, affectant des régions viscérales, vasculaires ou musculaires. Elles correspondent aux douleurs les plus fréquemment rencontrées dans les traumatismes ou les brûlures, mais aussi en postopératoire et dans un grand nombre de pathologies. Ces douleurs seront généralement sensibles aux différents antalgiques décrits par l'OMS et notamment aux morphiniques.

Les douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques sont l'ensemble des douleurs liées à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique et/ou central. Elles sont aussi appelées douleurs dysfonctionnelles ou douleurs chroniques non inflammatoires (fibromyalgie, syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) aussi connus en médecine par « algodystrophie »...). Le délai d'apparition est variable avec une intensité également variable, pouvant potentiellement atteindre un niveau maximal. Ce type de douleurs sont à une telle intensité, qu'elles ont la réputation d'être à risque de provoquer un passage à l'acte suicidaire.

Elles comportent des douleurs spontanées (permanentes ou paroxystiques) et des douleurs provoquées par des stimuli extérieurs : lorsque ces stimuli sont normalement indolores, nous parlons d'**allodynie** et lorsqu'ils sont habituellement douloureux, nous parlons d'**hyperalgésie** (perception exagérément douloureuse). Les étiologies sont nombreuses : la polynévrite chez le patient diabétique, le zona, les traumatismes, les accidents vasculaire cérébral (AVC), etc.

Les douleurs dysfonctionnelles, idiopathiques ou psychogènes

Ce troisième type de douleur est la situation intermédiaire entre les deux précédentes. Des dysfonctionnements des voies nociceptives génèrent des sensations anormales qui sont ressenties comme douloureuses, en l'absence de lésion tissulaire. Les patients se plaignent de douleurs similaires à celles des personnes souffrant de douleurs neuropathiques ou par excès de nociception, mais sans mise évidence de lésion périphérique ni de lésion du système nociceptif. Il s'agit des douleurs chroniques, type fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, l'algodystrophie, etc.

Les douleurs mixtes

En pratique, les combinaisons de ces trois types de douleur sont possibles. Les douleurs dysfonctionnelles peuvent s'associer aux deux autres types de douleurs chroniques. Les douleurs par excès de nociception peuvent aussi s'associer aux douleurs neuropathiques dès lors que la blessure périphérique entraîne des lésions plus ou moins réversibles des structures nerveuses subjacentes.

Nous allons maintenant nous centrer sur les principales échelles d'autoévaluation de la douleur utilisées dans l'évaluation des soins postopératoires chez les patients communiquant.

1.1.1.3. Échelles d'autoévaluation de l'intensité de la douleur chez les patients communiquant

Rendre le symptôme visible par une autoévaluation chiffrée est un objectif commun à toutes les publications sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire (Belbachir, Fletcher, & Larue, 2009).

Les échelles d'autoévaluation sont des échelles unidimensionnelles qui permettent aux patients d'explicitier leurs douleurs par autoévaluation à partir d'une estimation chiffrée, générale, de leur douleur. Parmi ces échelles, nous retrouvons :

1.1.1.3.1. L'Échelle Verbale Simple (EVS)

L'Échelle Verbale Simple (EVS) est un outil gradué d'évaluation de la douleur en 4 niveaux : « 0 » (pas de douleur), « 1 » (douleur faible), « 2 » (douleur modérée), « 3 » (douleur intense) et « 4 » (douleur très intense).

L'expression du niveau de douleur s'obtient à partir d'une question posée au patient : « entre 0 et 4, quel est le niveau de votre douleur, ici et maintenant, en sachant que 0 ce n'est pas de douleur et 4 c'est une douleur très intense ? »

1.1.1.3.2. L'Échelle Numérique (EN)

L'Échelle Numérique (EN), un outil gradué d'évaluation de la douleur en 11 degrés : de « 0 » (pas de douleur) à « 10 » (douleur maximale imaginable).

L'expression du degré de douleur s'obtient à partir d'une question posée au patient : « entre 0 et 10, quel est le niveau de votre douleur, ici et maintenant, en sachant que 0 ce n'est pas de douleur et 10 c'est une douleur maximale ? »

Dans cette échelle, le niveau de discrimination de la douleur peut varier de 0 à 10 (EN-11), de 0 à 21 (EN-21), voire de 0 à 100 (EN-101) (Hjermstad et al., 2011). Elle offre donc potentiellement les meilleures possibilités de discrimination, même si sur le terrain, la plupart des répondants sont incapables de discriminer le degré de douleur avec précision (Hjermstad et al., 2011).

1.1.1.3.3. L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) est une règle portant sur une face une ligne qui représente un "thermomètre" de la douleur, dans laquelle l'extrémité gauche correspond à « pas de douleur » et l'extrémité droite correspond à une « douleur maximale imaginable ». Le patient indique sur cette ligne tracée entre les deux extrêmes un trait correspondant au niveau de sa douleur au moment présent.

Après avoir approché le concept de douleur, les différents types que nous pouvons rencontrer chez nos patients et comment l'évaluer, il nous semble maintenant pertinent de nous intéresser aux représentations de la douleur.

1.1.2. L'approche des représentations sociales de la douleur

Tout le monde, même sans connaître le mécanisme physiopathologique de la douleur, est capable de décrire la douleur dont il souffre, par le vécu de l'expérience douloureuse. En effet, le sens que chaque individu donne à sa douleur est personnel. Chacun a sa propre définition, sa représentation de la douleur en fonction de son

expérience et de son vécu. De même chaque infirmière en a aussi sa propre représentation qui, croisée avec l'évaluation qu'elle fait de ses patients, l'amène à avoir différents positionnements dans les soins. L'application des prescriptions médicales en est un exemple. En effet, les infirmières font preuve d'autonomie dans l'application des prescriptions médicales anticipées. Plusieurs comportements en découlent comme nous constaterons par la présente étude.

Voyons maintenant, ce qu'est une représentation sociale

1.1.2.1. De quoi parlons-nous ?

Le terme « représenter » vient du latin « *représentare* » qui veut dire « *rendre présent à l'esprit un objet généralement absent* » (ATILF). Il relève de l'idée de « *vertu représentative* » où « *les idées ont la merveilleuse propriété de représenter leurs objets* » (ATILF). Ces représentations deviennent des « *manifestation(s) de l'activité mentale* » (ATILF). En effet, les représentations « *fonctionnent comme des -clichés- qui réduisent une réalité complexe à quelques éléments saillants (... et) qui vont (...) servir comme guide de lecture du monde* » (Dortier, 2008, p. 633) C'est « *l'idée que l'on se fait du monde* » (Legrain et Rey-Devobe, 1996, p. 1651), c'est le lien entre le système de valeurs et de croyances propre à chaque individu et ceux de la société dans laquelle il vit. Pour donner un exemple, revenons à la représentation de la douleur en tant que punition. Cela a été tellement ancré dans la société judéo-chrétienne, pendant les deux derniers siècles, que nous l'avons retrouvé dans nos hôpitaux, traduits par la non-demande d'analgésiques et le refus du patient à être soulagé.

Le concept de représentation collective est né avec E. Durkheim (Jodelet, 1997) fondateur de la sociologie. Pour lui, le monde est approché par l'individu en fonction de son système de croyances et/ou d'appartenance aux groupes sociaux-culturels, religieux, par exemple. Il dit aussi que, la conscience d'une personne est tant individuelle que collective. Cependant, il différencie la représentation collective de l'individuelle et affirme que la représentation collective prime sur l'individuelle (Durkheim, 1997 ; Durkheim, 2006). C'est la conscience collective qui exerce du pouvoir sur la conscience individuelle. Pour illustrer cette idée, pensons aux messages transmis par les médias sociaux dont l'influence ne repose pas seulement sur les statistiques qui reflètent la portée du réseau, mais aussi sur la confiance qu'ils inspirent par leur capacité à présenter des valeurs et des informations, entraînant des changements et des engagements chez le grand public. Prenons maintenant un autre exemple, issu des soins.

Combien de fois entendons-nous, dans les services de soins, les médecins prescripteurs dire qu'une fois la prescription médicale établie et appliquée par l'infirmière, le patient n'a plus lieu d'exprimer de douleur. Pour lui, le patient est soulagé alors que la réalité est toute autre. Ou encore, c'est l'infirmière qui répond au patient : « mais je vous ai déjà donné tout ce qu'il faut pour la douleur, vous ne pouvez pas avoir mal ! ». Cela peut être expliqué au regard des représentations sociales selon J.C. Abric (Cité par Jodelet, 1997, p. 206) : « *la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* », la sienne.

Les représentations sociales font partie des représentations collectives. Elles sont « *à la fois, les processus dynamiques par lesquels s'élaborent les savoirs de sens commun et les produits qui constituent ces savoirs* » (Anzieu et al., 2009, p. 628) « *Elles ne dérivent pas des individus pris isolément* », mais des individus insérés dans une société avec un contexte de vie qui leur est propre (Durkheim, 1997). La représentation sociale est :

« *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 2003, p. 53).

« *Elle se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation et la communication sociale* » (Peoc'h, & Harmathèque, 2012, p. 108)

Intéressons-nous maintenant, aux deux études menées sur les représentations de la douleur et qui permettent de confronter les perceptions des médecins et des infirmières.

1.1.2.2. Deux études portant sur les représentations de la douleur

Par rapport à la douleur, thème de ce travail, plusieurs études viennent confirmer les premiers travaux menés par Emile Durkheim pour qui la vision de l'individu est influencée par la vision du groupe d'appartenance. Ainsi, les facteurs culturels et sociaux agissent sur le sens que les individus donnent à l'expérience douloureuse, non seulement chez les patients, mais aussi chez les professionnels de santé, en influençant leurs comportements et leurs pratiques en lien avec la santé et la maladie.

L'intérêt de cette approche est donc de permettre aux professionnels de se positionner socialement par rapport au soulagement de la douleur des patients, mais aussi

de donner un cadre de référence commun, en fonction du groupe (professionnel) d'appartenance (Moscovici, 1969. Cité par Orfali, 2005).

1.1.2.2.1. L'étude de Nencini, Sarrica, Cancian & Contarello (2014)

But : ces auteurs s'interrogent sur les représentations sociales de la douleur. Leurs travaux sont réalisés en Italie dans un contexte de réorientation des institutions de soins, dont le but était l'intégration de la promotion de la santé et de l'éducation, la prévention des maladies et les services de réadaptation dans les soins curatifs sous le slogan « quartier d'hôpital sans douleur ». Dans le cadre du réseau des Hôpitaux Promoteurs de Santé (HPS), plusieurs centres ont participé.

Méthode : cette étude s'appuie sur la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961, 1976. Cité par Moscovici & Kalampalikis, 2013), ainsi que sur le concept de représentation sociale de Jodelet (1989). Les participants ont été interrogés à partir d'un outil exploratoire visant à recueillir différentes opinions, sentiments et processus cognitifs associés à la problématique de la douleur.

Participants : l'échantillon est composé de 383 professionnels de santé (152 hommes, 231 femmes), dont 43 médecins hospitaliers, 121 médecins généralistes locaux, 219 infirmières et cadres de santé. Les participants, tous volontaires et ayant suivi une formation sur le traitement de la douleur.

Résultats : après une analyse factorielle, les résultats montrent que, pour la moitié des participants, la douleur évoque principalement la souffrance (fréquence de 195), puis le sentiment de peur (fréquence de 102), d'anxiété (fréquence de 72) et de malaise (fréquence de 62). D'autres caractéristiques de la douleur ont été exprimées : isolement, dépression et impuissance (fréquence entre 38 et 44). Par ailleurs, les participants ont associé la douleur à la maladie chronique, au décès et aux pleurs (fréquence entre 32 et 33). Les médecins généralistes ont tendance à évoquer la douleur en visant principalement les typologies, en fonction de l'étiologie. Ils sont donc à la recherche de causes objectives. Ils associent aussi douleur et punition (une perception qui a été héritée, comme nous l'avons vu précédemment, de nos ancêtres). À l'opposé, les infirmières ont une vision plus centrée sur le relationnel. Elles mettent en avant l'importance de la communication avec les patients ainsi que la recherche de solutions face à leur douleur. Les infirmières font référence à l'expérience subjective des patients, caractérisée par l'irritabilité, le refus, le vide, la souffrance, le malaise, la perte de contrôle, la panique et l'impuissance. Les médecins hospitaliers se centrent aussi sur la vie sociale des patients et des familles (la perte de la qualité de vie), comme les

infirmières. Ils ont cette vision du soin, mixte, mais sont davantage en faveur d'une réduction de la douleur (symptôme inutile, guérison). Ils s'intéressent aussi à la classification de la douleur et prennent davantage en compte l'intensité, la perception, l'intolérance et la durée de la douleur. De même ils s'intéressent aux aspects émotionnels de la douleur, notamment chez les patients atteints de pathologies associées au vieillissement, à la mort et au cancer.

Conclusion : la douleur impacte la relation soignant-soigné, et est décrite principalement en termes de souffrance et d'inconfort : (1) la douleur organique (cause et évolution connues), est décrite comme bénigne et positive, un signal d'alarme. Au contraire, une douleur qui n'a pas de cause évidente est une souffrance pour le patient et laisse les professionnels démunis ; (2) la douleur qui n'est pas biologique est psychogène et, par conséquent, elle est incurable par la « *médecine organique* ». Quand on parle de douleur, on parle aussi de différentes représentations qui font référence à des modèles de pensée orientés vers des objectifs différents et donc vers des comportements distincts. Les auteurs ont montré que la représentation de la douleur est fortement liée à des dimensions pratiques dans les soins.

1.1.2.2.2. L'étude de Péoc'h, Lopez & Castres (2007)

But : cette étude exploratoire visait à étudier les croyances, les attitudes et les prises de position des professionnels de santé, sur la douleur provoquée par les soins. Le but était de vérifier si les représentations professionnelles des soignants influencent leur façon de traiter la douleur des patients.

Méthode : le cadre méthodologique est celui de la Théorie des Représentations Sociales de S. Moscovici (1961, 1976. Cité par Moscovici & Kalampalakis, 2013). Un questionnaire à questions fermées, ouvertes et à choix multiples a été présenté afin de recueillir les données, en respectant l'anonymat.

Participants : 302 professionnels ont participé, repartis en 63 unités de soins, dont 52% d'infirmières, 26% d'aides-soignantes, 18% de médecins, 3% de cadres de santé et 1% de kinésithérapeutes.

Résultats : les réponses ont été traitées par le logiciel d'analyse de données textuelles ALCESTE, qui a donné 4 classes lexicales, correspondant aux différents comportements. La première classe est retrouvée principalement chez les médecins dont le discours est centré sur les moyens préventifs à mettre en œuvre (EMLA®, antalgique...). Ils prennent en compte « *le risque douloureux* » et, en le traitant, ils peuvent aussi limiter l'anxiété et la peur de leurs patients. La deuxième classe est retrouvée chez les aides-

soignantes et chez les infirmières. Le discours est alors centré sur le bien-être et le confort des personnes soignées lors de la réalisation de soins du rôle propre (la toilette, la mobilisation, les transferts lit-fauteuil pour le lever ou le coucher...). La troisième est retrouvée principalement chez des aides-soignantes, ainsi que des kinésithérapeutes. Ils ont un discours axé sur la dimension relationnelle où le vécu de leurs patients est considéré dans une démarche holistique et une prise en charge pluridisciplinaire. Dans leur vocabulaire, ils prennent en compte la singularité de la personne soignée avec des mots comme l'empathie, la bienveillance et la considération. La quatrième et dernière classe est retrouvée majoritairement chez des infirmières en soins généraux, ainsi que des infirmières anesthésistes. Leur discours, centrés sur le rôle prescrit est proche de celui de la première classe (les médecins). Le geste technique devient une priorité : poser un cathéter, sonder, aspirer, prélever, etc.

Conclusion : les chercheurs constatent que l'identité professionnelle des soignants influence leurs pratiques : « *ce que je suis (moi soignant) influencerait une manière de prendre en charge la douleur aiguë induite par les soins* » (Péoc'h et al., 2007, p. 93). Deux approches ont été repérées, l'une centrée sur la dimension technique des soins, « *l'agir* » et la prise de distance émotionnelle. L'autre, centrée sur le confort, l'écoute, l'humanité, et donc sur la dimension relationnelle du soin, « *le prendre soin de la personne* ».

1.1.3. L'approche historique de la douleur

Pour comprendre l'histoire de la douleur, précisons avant tout que la plupart des données sont issues du livre de Roselyne Rey (2011), dont titre est « *l'histoire de la douleur* ». Il est considéré comme une référence sur le thème en France.

1.1.3.1. De l'antiquité au XVIIIe siècle

Les voies antiques appelées aujourd'hui voies orientales, ou voies strictement magiques, privilégiaient l'Âme-Corps. Tout soulagement de la douleur de la part du chaman et/ou du médecin était le résultat d'une harmonisation spirituelle avec le Principe de l'Évolution de l'homme et le Principe de la Maturation de l'Âme.

Dans **les civilisations primitives**, la douleur représentait l'influence directe des Dieux et des ancêtres, intimement mêlés à leur quotidien. Seul le chaman de la tribu pouvait soulager cette douleur, en faisant sortir les esprits malins du corps à travers les orifices corporels. Parfois, ils s'aidaient des plantes et du sang des animaux. La

maladie était en lien avec la transgression des normes sociales et divines. Les médecins utilisaient la magie et la science pour soigner leur peuple.

Les civilisations mésopotamiennes, comme la civilisation des Babyloniens (2300 ans av. J.-C.), considéraient la douleur comme une punition des Dieux et son soulagement s'effectuait par la médiation de rituels magiques. Ils utilisaient « les feuilles de myrte », plante aux propriétés analgésiques qui contient des précurseurs de l'acide acétylsalicylique (Pérez-Cajaville, Abejon, Ortiz & Pérez, 2005). Cette approche de la douleur-punition a perduré jusqu'au XXe siècle. Dans cette période apparaît aussi **le Code de Hammurabi** (1750 av. J.-C.), Code de Lois exposé aujourd'hui au Musée du Louvre. C'est le premier document législatif qui régule les traitements médico-chirurgicaux et honoraires de l'époque.

Dans **la civilisation de l'Ancienne Égypte**, la maladie et la douleur sont le résultat de traumatismes, de l'alimentation, du climat, des animaux, mais ce sont aussi une punition des Dieux ou une vengeance des ancêtres. Elles seront traitées par les médecins-prêtres (Castel Ronda, 1998). Les principales pratiques médicales nous sont connues par des textes médicaux écrits sur Papyrus : **le Papyrus d'Ebers** (1550 av. J.-C.), de 20 mètres de long. Il détaille l'emploi de l'opium pour le traitement des céphalées du Dieu Ra, ainsi que plus de vingt maladies digestives (Bardinet, 1995). **Le Papyrus d'Edwin Smith** (1785 av. J.-C.), de 22 pages, qui décrit les pratiques pour éviter les hémorragies et les traiter ainsi que les éléments de désinfection du matériel utilisé (Bardinet, 1995). Il pose les bases de l'hygiène. **Le Papyrus d'Hearst** (2000 av. J.-C.) est un autre exemple. Il décrivait la façon dont étaient drainés le pus et autres détritiques du corps afin de diminuer la douleur (Bardinet, 1995). Il détaille aussi l'emploi de l'opium pour le traitement des céphalées et autres maladies, ainsi que l'emploi des feuilles de myrte, la mandragore et le cannabis, qui se cultivait en Inde et en Perse (Bardinet, 1995).

Dans les civilisations du Nouveau Monde, chez les indigènes américains, coexistent encore les croyances magico-religieuses et l'utilisation de substances administrées par les sorciers pour soulager la douleur. Les Incas du Pérou pensaient que la feuille de coca représentait un cadeau du « Manco Capac », fils du dieu du soleil.

À la même période, **en Inde** la douleur était reconnue comme une sensation où la psyché, le cerveau jouait un rôle primordial. Actuellement connue comme la composante affective-émotionnelle. Jusqu'à **la civilisation grecque**, en Europe, la douleur était définie comme un état dysfonctionnel, conséquence de facteurs externes à la personne et le médecin avait seul la compétence pour les traiter. Cependant, les

premiers philosophes se questionnaient sur l'origine organique de la douleur, en mettant de côté l'origine divine et l'influence des ancêtres dans la maladie (Fernández-Torres et al., 1999). Hippocrate, le père de la médecine, définit la douleur comme un déséquilibre interne entre les « humeurs » de la personne (Thivel, 1997), traduites par quatre éléments : le feu, l'eau, la terre et l'air. Pour lui, la douleur servait à savoir si les organes étaient en bonne santé ou pas. Sans douleur l'organe est mort. Plus tard, **Socrate** confirme cette théorie, en affirmant que la douleur est nécessaire à la vie de la personne. Dans la Grèce antique, le peuple pensait aussi que la douleur pouvait survenir par une stimulation externe, mais également par une expérience émotionnelle de l'Âme. Ainsi, **Platon** classait la douleur parmi les émotions. **Aristote**, son disciple, pensait que les émotions n'avaient pas d'influence directe sur la douleur. D'autres philosophes estimaient encore que le cerveau influait directement sur la douleur. Mais, c'est **Galien** qui a montré l'existence de fibres nerveuses intervenant dans le mécanisme de transmission de la douleur (les fibres sensibles, les fibres motrices et les fibres nociceptives). Cette théorie physiologique est encore valable de nos jours. Galien soutient aussi l'idée que la douleur est un signal d'alarme pour la personne. Plus tard, la connaissance commence se propager avec la naissance de l'imprimante et Leonard de Vinci décrit les nerfs du corps humain en lien avec le stimulus douloureux en confirmant la théorie de Galien. **Descartes** vient contredire la théorie d'Aristote dans le sens où l'Âme a une influence directe sur la douleur. Pour lui, la douleur n'a pas une cause organique. Elle trouve son origine dans l'esprit et est interprétée par l'Âme. Il confirme sa théorie en décrivant ce qu'aujourd'hui nous appelons « la douleur du membre fantôme » comme une douleur réelle et non imaginaire, car le stimulus est interprété par l'Âme située dans la glande pinéale (Perez-Cajaraville et al., 2005).

L'époque du Baroque, aux XVI et XVIIes siècles, donne lieu à l'apparition de l'anesthésie générale. À titre anecdotique, citons le cas de Sydenham, reconnu comme l'Hippocrate anglais, qui utilisait le Laudanum ou teinture de laudne, un mélange d'opium et de vin de Jerez (Rey, 2011).

1.1.3.2. Les avancées du XVIIIe siècle à nos jours

Le **XVIIIe siècle** se caractérise par l'avancée de la physique et de la chimie, mais surtout de l'anatomophysiologie et, avec elle, la connaissance du système nerveux : les deux principales caractéristiques des fibres nerveuses (la contractibilité et l'excitabilité), les deux types de systèmes nerveux, le relationnel et le végétatif et avec eux les différents types de douleur (Rey, 2011). Malgré ces avancées, la douleur est toujours

très reliée aux idées religieuses de punition divine (Krivoy, Tabasca, Adelaide, & Diaz, 2010). L'anesthésie moderne et la pharmacologie trouvent leurs origines à cette époque. (Perez-Cajaraville et al., 2005).

Pendant cette période, trois grandes philosophies sont nées : le mécanicisme, le vitalisme et l'animisme (Rey, 2011). Les mécanicistes pensaient le corps en forme de machine. La douleur survient alors par distension des fibres (idée empruntée à Galien) ou par un excès ou un défaut des humeurs (idée empruntée à Hippocrate). Pour le vitalisme, la sensibilité est une propriété exclusive du corps humain. Elle est l'origine de l'expérience douloureuse et ne laisse pas la personne indifférente. De cette époque nous avons hérité l'importance de prendre en compte dans les soins le vécu de la personne par rapport à son expérience douloureuse. Pour les animistes, la douleur est à la fois passive et active, ce dernier aspect étant considéré comme signal d'alarme de la souffrance de l'Âme. C'est une forme de douleur qui doit être traitée afin que l'Âme permette au corps d'accomplir ses fonctions correctement.

Le XIXe siècle se caractérise par le développement de la médecine. Les médecins continuent à avoir une prédilection pour l'opium, alors que les chirurgiens ne sont pas d'accord (Fernández-Torres, Marquez-Espinos & De las Mulas, 1999b) A cette période, nous voyons la naissance de la morphine, commercialisée pour la première fois, en 1827, par les laboratoires E. Merck. À titre anecdotique, la morphine est obtenue à partir du mélange d'opium et d'ammoniaque, effectué par le pharmacien allemand Serturmer, en 1804, ce mélange d'acide sulfurique et l'alcool endormait les animaux de laboratoire. Il le baptisait « morfiem » en honneur du Dieu Morphée (Mofeo) ou Dieu du sommeil (Bennetts & Serturmer, 1996).

1.1.4. L'approche sociale et organisationnelle de la douleur

À la fin du XXe siècle, le système de santé français a fait l'objet d'importantes réformes, dans un contexte de crise économique, motivée par les taux de croissance des dépenses de santé, mais aussi par l'évolution des mentalités, le consumérisme et les différents scandales médicaux. De ce fait, les hôpitaux publics ont vu remettre en question leur efficacité et leur mode de fonctionnement.

Selon le Dictionnaire « Le Robert Quotidien » (1996, p.1617-1618), le terme réforme est défini comme un « *changement profond apporté dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats* » (Legrain & Rey-Debove, 1996). Ces chan-

gements de l'organisation hospitalière, dont l'objectif est d'en améliorer le fonctionnement, se sont progressivement imposés, en réglementant le secteur. Ainsi, nous avons vu naître, entre autres : la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à l'accès au dossier patient ; la réforme de modernisation des établissements de santé intitulée « l'hôpital 2007 » (Debrosse et al., 2007) et l'ordonnance n° 2005-406 du 2/05/2005, qui instaurent la mise en place des pôles d'activité, la tarification à l'activité et introduisent la notion de nouvelle gouvernance et enfin, la Loi « Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) » du 21 juillet 2009, relative à la territorialisation des politiques de santé. Ces réformes ont entraîné, à la fois, une transformation des pratiques professionnelles et une évolution de la demande des usagers, aujourd'hui considérés comme des acteurs de leur propre santé. La défense de leurs droits est devenue un des éléments clés de notre actuel système de santé.

Pour avoir une vision générale de l'enjeu de la douleur dans la Santé Publique, nous présenterons, dans un premier temps, quelques données épidémiologiques. Ensuite, nous aborderons, très brièvement l'évolution des droits des patients et enfin, nous présenterons quelques axes organisationnels de la prise en charge (PEC) de la douleur.

1.1.4.1. Quelques données épidémiologiques pour comprendre

Le soulagement de la douleur devient aujourd'hui un devoir pour les professionnels de santé et un droit pour les patients. Ce droit a été légitimé par l'importance que les personnes, dont les Français, accordent à cette problématique. En effet, Mick et son équipe (2013), dans leur étude réalisée en mars 2010 pour la National Health and Wellness Survey (NHWS), via Internet, aux États-Unis, au Japon, en Chine, au Brésil, en Russie et dans cinq pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni et France) ont constaté que la douleur avait un impact dans le quotidien des personnes. Le but de l'étude était d'évaluer, au cours des six mois précédents l'étude de l'impact de la douleur et de son intensité sur la situation professionnelle, l'activité professionnelle, la santé mentale et physique des participants et l'utilisation des systèmes de soins. L'échantillon français était composé de 15051 personnes, parmi lesquels 17% ont signalé avoir présenté une douleur au cours du dernier mois précédant l'étude. Parmi ces personnes, 14% avaient signalé une douleur légère, 27% une douleur sévère et 59% une douleur modérée. Les pourcentages des personnes travaillant à plein temps sont significativement plus importants dans les douleurs légères. Le

pourcentage des personnes sans emploi augmente significativement avec l'intensité de la douleur (59% pour les douleurs sévères). De même pour l'absentéisme au travail, mesuré par le temps perdu au cours des sept derniers jours, 27,5% concernaient les personnes présentant des douleurs sévères. Les chercheurs ont constaté que les pertes de productivité et d'activité étaient deux fois plus importantes dans le groupe avec douleur (40,5%). En ce qui concerne, l'utilisation du système de santé, le pourcentage est élevé : 99% pour le groupe des douleurs sévères. Ils ont aussi constaté que la douleur, même légère, impactait significativement la santé mentale (51,3%) et physique (45,7%) des participants. En conclusion, cette étude confirme que la douleur non soulagée a un impact économique majeur sur les systèmes de soins, son soulagement étant un enjeu majeur de santé publique.

La Société Française d'Étude et Traitement de la Douleur (SFETD) a constaté « *qu'au moins 2 millions de Français souffrent de douleurs chroniques, dont 70% d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié* » (Perrot, 2017, p. 9. In SFETD, 2017). « *Plus de 60% des patients admis aux urgences ont une douleur modérée ou sévère et moins d'un sur deux patients reçoit un traitement antalgique à l'admission* » (Perrot, 2017, p. 9. In SFETD, 2017). Elle touche davantage les personnes âgées (Pickering, 2017, p. 55-56. In SFETD, 2017 ; Haut Conseil de la Santé Publique [HCSP], 2011), la prévalence pour les personnes de 70 ans est de 90%, 80% pour les personnes de 80 ans et 70% pour les personnes de 90 ans et plus (HCSP, 2011). Ces douleurs entraînent une limitation fonctionnelle, en général de 42 %, et 65 % pour les personnes de 85 ans et plus (HCSP, 2011).

Concernant la douleur aiguë postopératoire, « *plus de 11 millions de patients ont été anesthésiés en 2010 selon les données PMSI [Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information], soit une augmentation de 43% depuis la dernière enquête publiée en 1999* » (Aubrun, 2017, p. 77. In SFETD, 2017). « *Près de 90% des patients interrogés (...) en 2008 déclarent avoir été douloureux en postopératoire. Pour deux tiers des patients, la douleur était continue et pour un tiers (...) intermittente* » (Aubrun, 2017, p. 77. In SFETD). Ce qui a inquiété le plus la SFETD dans ce résultat, est que « *près de 90% des patients déclarent avoir souffert pendant les premières 24h postopératoires* » (Aubrun, 2017, p. 77. In SFETD).

En ce qui concerne les douleurs aiguës induites par les soins, la SFETD (2017) s'avance à dire qu'elles sont assez souvent négligées par les professionnels de santé. Il n'y a pas d'études épidémiologiques européennes et nationales réalisées auprès des patients adultes en soins généraux, ce qui les rend difficiles à constater. Seule une enquête téléphonique a été réalisée en 2005, par le Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur (Queneau, 2005), qui avait relevé que 29% des douleurs

étaient liées aux soins, dont 15%, en lien avec les interventions chirurgicales et 14%, en lien avec les soins réalisés par les soignants (médecins, infirmières, kinésithérapeutes et dentistes). Pascala Wanquet-Thibault & Serrie (2015) ont surélevé l'étude réalisée, de mars à décembre 2007, par le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'Hôtel-Dieu à Paris, auprès des professionnels de santé afin d'évaluer des pratiques professionnelles concernant les douleurs induites par les soins. Cette étude a fait l'objet d'une thèse en médecine (Crozat, 2007. Cité par Wanquet-Thibault & Serrie, 2015). Malgré les réticences au niveau des médecins et paramédicaux, dont les infirmières, ainsi que la hiérarchie des services, l'étude a mis en évidence 52 types d'actes douloureux différents, et un taux de satisfaction des patients de 95%, soulignant que « *de toute façon, ils n'avaient pas le choix* » (Wanquet-Thibault & Serrie, 2015, p. 33). Alors que lors des ponctions de l'artère radiale, les recommandations, comme l'utilisation d'une anesthésie locale ou la pose d'un parche d'EMLA® pour améliorer le geste, n'ont pas été respectés, pour manque de temps principalement, notamment aux urgences. Dans cette étude les mobilisations, les transports des patients et les toilettes n'ont pas été évalués. Dans les services de Réanimation, l'étude DOLOREA, réalisée en 2004, auprès de 1381 patients ventilés, menée dans 44 services a mis en évidence, dès du deuxième jour, une incidence de la douleur d'intensité modérée de 33% au repos et de 56% au cours d'une procédure de soin, augmentant dans les 6 jours suivants, au cours des soins jusqu'à 80% (Chanques, Payen, Mantz, Jung & Jaber, 2012 ; Payen, Rilland, Genty & Bosson, 2005), tant chez les patients chirurgicaux que médicaux.

Chez les nouveaux-nés et chez les personnes âgées, deux études importantes ont été réalisées : EPIPPAIN et REGARDS. La première étude, l'EPIPPAIN (Epidemiology of Procedural Pain in Neonates) (Carbajal et al., 2006), est une étude longitudinale, réalisée entre septembre 2005 et janvier 2006 dans 13 centres de la région Ile de France. 431 nouveau-nés ont participé et 60975 gestes inconfortables ou douloureux ont été analysés sur une période continue de 14 jours. Son but était, d'une part, de décrire l'incidence des gestes douloureux ou inconfortables chez le nouveau-né pris en charge dans les unités de réanimation néonatale et pédiatrique ainsi que lors du transport par le Service d'aide médicale urgente (SAMU) ; d'autre part, connaître l'avis du personnel médical et paramédical, travaillant dans ces unités, sur la douleur et les moyens utilisés pour la soulager. L'étude REGARDS (Recueil Épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants) (Cimerman, Galinski, Thibault, Annequin & Carbajal, 2010) dont l'objectif était de recenser tous les gestes et leur intensité douloureuse éventuelle, et de mettre en évidence des facteurs associés

à une douleur intense à sévère, chez les personnes âgées admises en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Unités de soins longue durée (USLD), Services de soins de suite et réadaptation (SSR) et Unité de court séjour gériatrique (UCS). C'est une étude observationnelle prospective multicentrique (30 centres de la région Ile de France) réalisée entre le 11 janvier et le 19 février 2010. Elle a permis pour la première fois de quantifier et de décrire les gestes effectués quotidiennement par les soignants auprès des 1265 patients/résidents. 35686 gestes douloureux ont été repérés. Les résultats ont montré, entre autres, que moins de 1% des patients/résidents avaient un traitement analgésique spécifique pour le soin réalisé et qu'une évaluation régulière de la douleur est possible avec un outil adapté. Les auteurs ont conclu que les douleurs liées à des soins de plaie et les mobilisations pourraient être diminuées avec des moyens simples. D'autres nécessitent être réfléchis par les équipes soignantes.

Nous venons de présenter quelques données épidémiologiques concernant la douleur aiguë mais, voyons maintenant les droits des patients.

1.1.4.2. Soulager les douleurs, un droit des patients

Le soulagement de la douleur en tant que droit des usagers s'articule dans la Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, inscrite dans la Loi de santé publique de 2004 : le respect de la dignité et de l'intimité (Art. L. 1110-2 du CSP), l'obligation de la prise en compte de la douleur dans le parcours de soins des patients (Art. L. 1110-5 alinéa 4 du CSP). Dans les établissements de santé, les équipes soignantes proposent aux patients dès l'entrée, un « livret d'accueil » contenant, entre autres, « la Charte du patient hospitalisé » du 6 mars 2006, concernant leurs droits (Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006). Le point 2 de ladite charte, concerne « *la dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge* ». L'établissement « s'engage à se donner les moyens d'organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille », à tel effet, « *un contrat d'engagement (de lutte) contre la douleur* » doit être aussi remis, sous forme de brochure, à chaque personne hospitalisée

C'est depuis 2009, avec la Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009), que les usagers de santé ont un rôle actif dans le système de santé. En effet, ils ont la parole par le biais des représentants des associations des patients, qui participent activement aux politiques de santé régionales

menées par les Agences Régionales de Santé (ARS). Cette présence du patient a été majorée avec la nouvelle certification des établissements de santé, la V2014, mise en œuvre par la HAS, (HAS, sept 2014 ; 2015, mai 2017) afin d'établir une gestion de risques, afin d'améliorer la qualité des soins en impliquant davantage les professionnels de santé. Cette certification utilise « *la méthode du patient traceur* » (HAS, juin 2017) qui prend en compte l'expérience du patient et son entourage. Elle permet « d'analyser collectivement et a posteriori le parcours d'un patient » (HAS, juin 2017), « *en comparant la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification pour les établissements de santé, référentiels de bonnes pratiques (...))* » (HAS, mai 2017).

1.1.4.3. Quelques aspects organisationnels de la PEC de la douleur

Avant de parler des aspects organisationnels, prenons la phrase de Rawal & Berggren (1994, p. 118) qui bien qu'ancienne, reste tout à fait d'actualité : « *Il semble (...) que la solution aux problèmes de gestion de la douleur postopératoire ne réside pas tant dans le développement de nouvelles techniques, mais dans le développement d'une ORGANISATION (à partir de) l'expertise existante* ». En effet, la prise en compte de la douleur, « *douleur signe-symptôme* » (Kugelman, 2003) et/ou « *douleur syndrome/maladie* » (Boureau & Doubrère, 1988), est devenue un impératif dans les parcours de soins des patients (Art. L. 1110-5 alinéa 4 du CSP) et son organisation est la clé. « *Un parcours de soins est au sens littéral la succession des actions de soins menées au bénéfice d'un patient, de façon cohérente et dans le cadre de référentiels ou à défaut de consensus basés sur des preuves scientifiques* » (Mick, 2017, p. 69. In SFETD, 2017). En France, dans la plupart des établissements de santé, ce sont les structures de prise en charge de la douleur chronique qui prennent aussi en charge la douleur aiguë. Elles mettent en place une consultation de proximité. Cependant, elles sont majoritaires dans le secteur public. Ces structures ont participé à la rédaction des recommandations, notamment de la HAS, pour la PEC de la douleur. Ces guides présentent des modalités d'optimisation de la gestion de la douleur à partir de l'évaluation des pratiques professionnelles. Ils utilisent des indicateurs : « *les conditions favorisent l'expression du patient pour signaler sa douleur, le patient est soulagé, les moyens d'évaluation (...) de la douleur sont adaptés au patient, un programme (...) a été proposé...* » (HAS, sept 2014). La PEC de la douleur dans ces structures est ainsi régie par les textes de la HAS (2008) et de la Circulaire DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relatives à l'identification et au cahier des charges 2016 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Rawal & Berggren (1994) posaient les bases de l'organisation de ces services, encore d'actualité à ce jour (Rawal, 2005) :

- la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, au minimum, un médecin, une infirmière et un psychologue ;
- la collaboration avec les professionnels de santé qui prennent en charge le patient de façon habituelle (médecin du travail, kinésithérapeute...);
- la réalisation des réunions de synthèse afin d'établir des projets thérapeutiques.

La présence d'une unité mobile de douleur postopératoire et d'une infirmière référente a amélioré les pratiques, de même que la participation active des services au CLUD de l'hôpital et l'existence de référents douleur (HCSP, 2011). Le rôle de l'infirmière référente douleur est essentiel. Elle se situe entre le patient et son entourage et le corps médical, avec pour objectifs l'organisation des soins prodigués aux patients et l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle est aussi, chargée des formations douleur (Agnes, Piano, Lumini & Donnet, 2015).

Suite à la réforme de la gouvernance hospitalière et le Plan de lutte contre la douleur 2002-2005 (Circulaire DHOS/E2 N° 2002-266 du 30 avril 2002), centré sur la douleur provoquée par les soins et la chirurgie, mais aussi la douleur de l'enfant et la migraine, les établissements de santé ont instauré des instances sous la forme de Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD). Le Plan d'amélioration de la PEC de la douleur 2006-2010, faisant suite au Plan douleur 2002-2005 et évalué par le HCSP, définissait 4 priorités :

- améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes atteintes d'un handicap et d'une pathologie psychiatrique) ;
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé : réforme Licence-Master-Doctorat (LMD) et formations dans une logique d'acquisition des compétences professionnelles afin que les étudiants agissent en situation clinique ;
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité et,
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier les « douleurs chroniques rebelles ».

En 2013, le 4^e Plan national ou Projet de programme national douleur, 2013-2017, a été mis en place pour améliorer la PEC des patients algiques en mobilisant les acteurs de premiers recours, favoriser l'expression de la douleur pour mieux la repérer

et garantir la PEC de la douleur au domicile ou en établissement médico-social. Il est centré entre autres, sur la douleur aiguë, en particulier postopératoire.

Après avoir approché le concept de douleur, nous allons nous centrer, dans un premier temps sur le traitement pharmacologique de la douleur postopératoire et dans un deuxième temps sur le traitement non médicamenteux de la douleur induite par les soins.

1.2. L'ADMINISTRATION DES OPIACÉS DANS LA DOULEUR AIGUË POSTOPÉRATOIRE

Selon Carr & Gaudas (1999), la douleur postopératoire est une douleur aiguë, liée à la chirurgie. Cela est dû d'une part, à la perte de continuité de la peau, mais aussi aux lésions des muscles, des viscères et, en fonction du type d'intervention chirurgicale, aux atteintes des os, tendons et ligaments. En effet, les changements anatomophysiologiques et endocrine-métaboliques qu'éprouvent les patients sont à l'origine de la douleur. L'intensité de celle-ci et l'association d'autre symptomatologie varient non seulement selon le type de tissu lésé et l'extension de la lésion, avec une atteinte plus ou moins importante de la sensibilité des structures neuronales périphériques subjacentes, mais encore selon le degré de tolérance à la douleur du patient. La tolérance varie d'une personne à l'autre et est influencée par des facteurs culturels et psychologiques, ce qui rend plus difficile son évaluation (caractère subjectif). La soulager implique une relation patient-équipe multipluri-disciplinaire (Belbachir et al., 2009) : chirurgiens, anesthésistes, pharmaciens, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes... qui met le patient au cœur du soin (Loi du 4 mars 2002). Pour les équipes de soins, la prise en charge de la douleur est un indicateur de qualité (HAS, juin 2017 ; Belbachir et al., 2009). Dans les services de chirurgie, pour les médecins, l'évaluation de la douleur de leurs patients détermine la suite de la prise en charge de l'équipe soignante. La présence de douleur chez un patient est ainsi la première cause de retard de sortie en hospitalisation traditionnelle, avec pour conséquent le prolongement du séjour (Shirakami et al., 2005 ; Chung & Mezzi, 1999 ; Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003). Le patient restera donc hospitalisé jusqu'à identification et/ou traitement de la cause de sa douleur. Elle peut donc augmenter la morbidité postopératoire (Carr & Gaudas, 1999). Ces complications entraînent un coût, estimé à plusieurs milliards

de dollars par an (Duignan & Dunn, 2009 ; Wells, Pasero & McCaffery, 2008). Cependant, en chirurgie postopératoire, la problématique majeure est l'apparition de la douleur chronique liée à la mauvaise gestion de la douleur aiguë postopératoire (Dunwoody, Krenzischek, Pasero, Rathmell & Polomano, 2008 ; Neil & Macrae, 2009 ; Keita, 2009). La douleur postopératoire persistante représente en grand partie un problème clinique non reconnu (Kehlet, Troals & Clifford, 2006). La douleur postopératoire aiguë est suivie d'une douleur chronique chez 10-50% des patients après des interventions chirurgicales courantes, elle peut être sévère dans environ 2-10% des cas (Kehlet et al., 2006), malgré les recommandations de bonnes pratiques dictées par l'American Society of Anesthesiologists (Drew et al., 2014) ou par la HAS (sept 2014). Ce risque de chronicité d'une douleur postopératoire d'abord aiguë est majoré chez les patients âgés (Brown, Kirkpatrick, Swanson & McKenzie, 2011; Davis & Srivastava, 2003 ; Denny & Guido, 2012).

Plusieurs moyens ont été décrits pour améliorer la qualité de la prise en charge de la douleur postopératoire dont l'évaluation du niveau de douleur à différents moments de l'hospitalisation et dans différentes situations (Belbachir et al., 2009). Mais en tant que soignant, comment quantifier la douleur des patients pour se la représenter ? Quel sens donnons-nous à la douleur qu'ils expriment ? et à ce qu'ils n'expriment pas ? Acceptons-nous leurs demandes ? Comment adapter une prise en soins de qualité personnalisée de qualité pour mieux accompagner nos patients ? Existe-t-il autant de prises en soins et/ou manières de penser la gestion de la douleur que d'individus ? Probablement, nous pourrions donner réponse à quelques questions après avoir présenté nos études empiriques. Mais, pour l'instant, nous nous proposons d'aborder brièvement quelques problématiques concernant son évaluation.

1.2.1. Évaluation de la douleur postopératoire

« *La douleur est l'expérience privée d'une personne à laquelle nul autre ne peut avoir directement accès* » (Baszanger, 1995, p. 26). Alors, la question qui se pose est de savoir comment la quantifier. Les outils dont nous disposons de nos jours ont pour objet de traduire, précisément cette expérience privée de la personne, c'est-à-dire la composante subjective de la douleur afin de la rendre objective. Cependant, cette objectivité dépendra du soignant qui évalue. En effet, les codes de lecture peuvent être interprétés différemment comme nous l'avons déjà évoqué (cf. *sous-chapitre 1.1*).

L'évaluation de la douleur est une étape indispensable à la prise en charge des patients algiques, dans laquelle les infirmières jouent un rôle fondamental. Elles participent activement à cette évaluation, dans le but de soulager la douleur des patients dont elles s'occupent. Elles ont principalement la responsabilité morale de cet allègement (Bell & Duffy, 2009 ; Denny & Guido, 2012 ; Pierce, Dalton, & Duffey, 2001). De plus, elles en ont aussi une responsabilité déontologique (Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016, Art. R. 4312-19 du CSP, Art. R. 4311-2 du CSP).

L'évaluation se fait par le biais d'échelles dont l'objectif est de mesurer l'intensité de la douleur et l'efficacité des traitements prescrits par le corps médical. Ces échelles sont nombreuses et ont été validées par la communauté scientifique. Elles permettent de rendre l'intensité de la douleur des patients visible, objective. Cependant, le rôle des infirmières lors de cette évaluation va au-delà d'une simple question posée au patient et du remplissage du dossier de soins. Les types de questions qu'elles posent permettent d'évaluer la composante cognitive du patient (cf. *sous-chapitre 1.1*). En effet, le confronter à sa douleur en l'interrogeant lui permet d'entamer un processus cognitif pour aboutir à un jugement au sujet de sa douleur et le formaliser en donnant un chiffre. Celui-ci représente le niveau de douleur perçue dans un contexte situationnel concret tenant compte des expériences passées, du vécu. Mais, l'évaluation de la douleur ne s'arrête pas là, elle passe aussi par l'observation du comportement verbal et non verbal du patient (composante comportementale (cf. *sous-chapitre 1.1*). Les patients présentent des combinaisons variées de réactions et de symptômes, ainsi que des sensations anormales non douloureuses. La même intervention, provoquant la même lésion anatomique apparente, peut entraîner des sensations et des conséquences fonctionnelles tout à fait différentes, voire opposées chez deux patients distincts. De plus, la composante affectivo-émotionnelle (cf. *sous-chapitre 1.1*) est aussi explorée. L'anxiété, la dépression et la peur peuvent venir majorer l'intensité de la sensation douloureuse.

Les infirmières peuvent donc être confrontées à ce que nous appelons une dissonance cognitive entre ce qu'exprime le patient (douleur 2 sur 10 sur une échelle numérique) et son comportement (attitude de raideur, faciès crispé, posture courbée, ou pleurs en se touchant une partie du corps). La dissonance a été définie par Vaidis & Hamili-Falkowicz (2007) comme une situation dans laquelle la personne éprouve un désaccord entre ses croyances et ses valeurs, une « *tension psychologique inconfortable* ».

En conclusion, toutes les infirmières s'accordent à dire que la douleur postopératoire doit être soulagée assez rapidement (Drew et al., 2014 ; Reynolds, Drew &

Dunwoody, 2013 ; Manias, Botti & Bucknall, 2006 ; Manias, Bucknall & Botti, 2005 ; Dunwoody et al., 2008).

En 2009, lors d'un Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation, Belbachir et ses collaborateurs avaient aussi présenté d'autres moyens pour améliorer la PEC de la douleur dont les protocoles de prescription d'analgésie, que nous aborderons très brièvement.

1.2.2. Les protocoles de prescriptions d'analgésie ou prescriptions en « si besoin » ou prescriptions anticipées.

L'utilisation des protocoles de prescriptions en « si besoin » ou prescriptions anticipées est une pratique clinique dans le traitement des douleurs aiguës (Gordon et al., 2008). Ce sont des recommandations pour la prescription de médicaments analgésiques, mais ils peuvent aussi être des directives pour les infirmières (Fletcher, Mardaye, Fermanian & Aegerter, 2008). Le décret N° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, établit que « *l'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin* », mais elles doivent « *obligatoirement informer le médecin de (leur) (...) initiative et la consigner dans le dossier de soin* » (Circulaire DHOS/E2 N° 2002-266 du 30 avril 2002).

Les protocoles ne concernent pas que la douleur, ils sont aussi établis pour d'autres symptômes : « si nausées et/ou vomissements », « si encombrement », « si constipation », « si anxiété », « si fièvre », « si agitation »... Concernant la douleur aiguë, la circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 établit la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires dans les établissements de santé.

La mise en place des protocoles dans les services de soins doit être faite en consensus avec les membres de l'équipe soignante. Ils sont élaborés conjointement (HAS, sept 2014, mai 2017). La circulaire DHOS/E2 N° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé, établit que « *la mise en place de protocoles de soins repose sur un travail d'équipe et doit s'intégrer dans l'organisation des soins (...) Ils sont validés par l'ensemble de l'équipe* ».

En conclusion, l'infirmière peut agir sur l'application des médicaments prescrits sous forme de protocoles à condition d'en informer le médecin et de tracer sa décision sur le dossier médical. Tout traitement médicamenteux doit être administré selon une prescription médicale écrite, datée et signée.

Malgré la mise en place des protocoles que les soignants peuvent adapter au cas par cas, sont multiples les facteurs qui ont contribué à l'insuffisance du soulagement de la douleur postopératoire, notamment un manque de compréhension de sa gestion, des stratégies préventives inadaptées, des croyances erronées, des incohérences dans l'évaluation de la douleur ou de l'absence de traitements antalgiques qui tiennent compte des différences interindividuelles des patients (Dunwoody et al., 2008 ; Adriaansen, Van Achterberg & Borm, 2005). L'absence de protocoles et de procédures claires pour la prise en charge des patients douloureux et la peur de l'addiction chez les patients (Adriaansen et al., 2005) sont aussi, des obstacles dans la gestion efficace de la douleur. Et les patients finissent par avoir moins d'antalgiques que prescrits (Manias, 2003 ; Murnion, Gnjidic & Hilmer, 2010). 76% des opioïdes prescrits par les anesthésistes à intervalles fixes et en prescription « si besoin », ne sont pas administrés en postopératoire immédiat. Il en est de même pour 50% des prescriptions de paracétamol et 56% des anti-inflammatoires non stéroïdiens (Bucknall, Manias & Botti, 2007) et seuls 14% des patients ayant reçu un antalgique bénéficient d'une réévaluation de la douleur par les infirmières (Bucknall et al., 2007). Chez la personne âgée, la douleur est souvent sous-évaluée, voire ignorée. Le personnel soignant la considère comme normale et faisant partie du processus de vieillissement (Brown et al., 2011 ; Fox, Solomon, Raina & Jadad, 2004). De plus, les soignants montrent une crainte plus importante à délivrer des opioïdes chez les personnes âgées que chez les autres patients (Auret & Schug, 2005).

Intéressons-nous à présenter les craintes et préjugés liés à l'utilisation des opioïdes.

1.2.3. Les craintes et préjugés face aux opioïdes

Musi & Bionaz (2005), dans leur étude concernant les mythes qui entourent l'utilisation thérapeutique de la morphine sur un échantillon de 400 personnes, ont relevé que :

- 87% des personnes connaissent l'utilisation de la morphine comme analgésique, dont 50%, de bouche à oreille ;
- l'utilisation n'est pas réservée aux patients cancéreux, elle est aussi utilisée pour les douleurs aiguës (31% pour les médecins et 44% pour les infirmières), en particulier dans les douleurs postopératoires ;
- le terme « morphine » est associé au mot « drogue ». Selon les chercheurs, la société ne distingue pas l'utilisation légitime et illégale des opiacés ;
- les craintes les plus importantes exprimées par les participants sont : la modification de la conscience (sommeil), l'association à la maladie grave, la peur de la dépendance,
- les médecins et les infirmières ont globalement moins de craintes que le grand public sauf en ce qui concerne le risque de toxicomanie et d'induction du sommeil.

Ces résultats vont dans le sens de Chauffour-Aider et Daydé-Lamarre (2016), Minozzi, Amato & Davoli (2012) et de Gordon et al., (2008). La SFETD (2017) a relevé que plus de 153% d'hospitalisations aux urgences de 2004 à 2015 ont été en lien avec les mésusages ou abus de médicaments opioïdes. De 2000 à 2014, quatre fois plus de décès liés aux overdoses d'opioïdes. A l'échelle mondiale, 69 000 personnes meurent chaque année d'une overdose d'opioïdes et 15 millions de personnes deviennent dépendantes (OMS, 2014). Cependant, l'étude de Dion & Choinière (2004) s'avance à dire que les toxicomanies ne sont pas développées quand les opiacés sont utilisés à de fins analgésiques. Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que les paliers de l'OMS ont été initialement proposés pour traiter la douleur cancéreuse (SFETD, 2017) alors qu'aujourd'hui ils sont largement utilisés pour tout type de douleurs aiguës : les antalgiques de palier I, II et III sont proposés respectivement en première, seconde et troisième intention selon l'intensité de la douleur et/ou la réponse aux traitements de paliers inférieurs (OMS, 1986). La prescription de ces médicaments fait l'objet d'une réglementation très encadrée. Elle doit être personnalisée.

Intéressons-nous brièvement aux trois paliers de l'échelle analgésique de l'OMS.

1.2.4. Échelle analgésique de l'OMS

Cette échelle a été initialement publiée en 1986 par l'OMS, pour des douleurs par excès de nociception chez le patient atteint de cancer. Elle classe les opioïdes en trois paliers, selon leur efficacité antalgique :

- Antalgiques non opioïdes (Palier I, OMS)
- Opioïdes « faibles » pour les douleurs modérées (Palier II, OMS). Ils peuvent être utilisés seuls ou en association avec un antalgique de palier I (paracétamol par exemple)
- Opioïdes « forts » pour les douleurs d'intensité modérée à forte (Palier III, OMS). La morphine est l'opioïde de première intention, son utilisation doit être précoce en cas de douleur résistante aux traitements de palier I et II. L'OMS recommande que la dose de morphine soit adaptée au patient déjà traité par un autre opioïde fort. La morphine doit être prescrite sous forme orale, et lorsque cette forme d'administration n'est pas possible (par exemple en postopératoire), l'administration transcutanée ou parentérale continue autocontrôlée (PCA) est recommandée.

1.2.5. Études en lien avec la gestion de la douleur

1.2.5.1. L'étude de Fletcher, Fermanian, Mardaye & Aegerter (2008)

But : enquête à l'échelle de la France afin d'évaluer l'impact de la douleur 24h après l'intervention chirurgicale, chez les patients adultes hospitalisés. Le but secondaire est d'évaluer, d'une part, le plan ministériel d'avant 2008, et d'autre part, les lignes directrices proposées par la Société française de Soins Intensifs et Anesthésie sur la gestion de la douleur postopératoire dans la pratique quotidienne.

Méthode : analyse des données informatiques des patients hospitalisés. Les centres effectuant moins de cinq interventions chirurgicales par jour ont été exclus, ainsi que les personnes de moins de 18 ans. Les patients ont été sélectionnés au hasard parmi ceux opérés au plus tard la veille de la visite. Trois questionnaires ont été utilisés pour vérifier les données relatives à la gestion de la douleur en pré et postopératoire : son évaluation (fréquence de l'évaluation et intensité de la douleur), l'apparition et traitement des effets secondaires. Un entretien avec le médecin spécialiste de la douleur

postopératoire a été effectué. Les infirmières ont également été interrogées sur la fréquence de l'évaluation du paramètre, l'évolution de la douleur des patients après traitement et les effets secondaires des analgésiques. Toutes les informations concernant la prescription d'analgésiques et l'administration ont été obtenues à partir des dossiers patients. Fletcher et son équipe ont aussi analysé le respect des ordonnances des opioïdes, en comparant les prescriptions faites par les médecins avec les administrations médicamenteuses effectuées par les infirmières.

Participants : 1900 patients adultes hospitalisés en établissements tant publics que privés.

Résultats : l'étude statistique ANOVA a été utilisée pour la comparaison de données. Les résultats **concernant l'évaluation de la douleur postopératoire** ont montré qu'elle était fréquente dans les services de chirurgie (93,7%) à des intervalles de 4h. Elle était notée sur une « feuille de surveillance de la douleur » dans 78,3% des cas. Par ailleurs, sur les dossiers de soins infirmiers (55,1%), les outils d'évaluation de la douleur n'étaient pas normalisés. L'échelle numérique (EN) était la plus fréquemment utilisée (41,2%), contre 21,1% pour l'échelle visuelle analogique (EVA) et 13,8% pour l'échelle verbale simple (EVS). **Concernant l'intensité de la douleur**, la douleur était sévère pour 4,2% des patients au repos et 26,9% des patients pendant le mouvement. 98,2% des patients ont eu une prescription d'antalgique postopératoire. Parmi les patients qui demandent un analgésique, (18,8%) l'ont reçu dans un délai de 15 minutes. Cependant, 94,5% des patients ont attendu jusqu'à ressentir une douleur intense (7,9/10) avant de demander à l'infirmière. Des équipes mobiles de douleur aiguë étaient disponibles dans seulement 14,5% des établissements. **Concernant les prescriptions d'opioïdes**, la morphine a été délivrée à 62,1% des patients, principalement par voie sous-cutanée (35,1%). Elle a été administrée régulièrement dans 33,7% des cas. Cependant, l'injection sous-cutanée de morphine à la demande des patients n'était pas notée dans 53% des cas. Les doses individuelles non personnalisées de 10 mg ont été prescrites pour 44,6% des patients. L'administration a été respectée par les infirmières à 63,7%. La PCA de morphine était le plus souvent utilisée en chirurgie viscérale (25,8%), thoracique (55%) et gynécologique (30,7%). La morphine intraveineuse continue en perfusion a été prescrite en association avec la PCA pour 0,5% des patients.

Le traitement de paracétamol, analgésique non opioïde, et prescrit avec un horaire régulier, a été utilisé dans 90,3% des cas et combiné à la morphine sous-cutanée dans

95,8% des cas. D'autres associations d'analgésiques ont été relevées. Nausées et vomissements postopératoires ont été les effets secondaires les plus fréquents.

Conclusion : cette étude a mis en évidence, avec quelques différences selon les centres audités et des insuffisances persistantes, une amélioration dans la prise en charge de la douleur postopératoire.

1.2.5.2. L'étude de Juhl, Christensen, Bülow, Wilbek, Dreijer & Egelund (1993)

But : examiner les attitudes des patients et des infirmières dans la gestion de la douleur postopératoire dans les services de chirurgie (orthopédie, gynécologie, urologie et entérologie).

Méthode : l'étude se déroule en deux parties. Dans la première partie, les participants ont évalué et décrit la pertinence du soulagement de leur douleur postopératoire au cours d'un entretien semi-directif structuré. Ils ont aussi répondu au questionnaire McGill Pain Questionnaire (MPQ). 4 groupes ont été constitués en fonction de la douleur préopératoire : patients souffrant de douleur chronique (groupe A), patients présentant une douleur aiguë (groupe B), patients sans douleur (groupe C) et patients utilisant des opioïdes (groupe D). Dans la deuxième partie de l'étude, les chercheurs ont étudié les attitudes du personnel infirmier (n=51) à propos de la gestion de la douleur postopératoire des patients, à l'aide d'un questionnaire. En outre, les dossiers d'anesthésie et les dossiers de soins infirmiers ont été évalués afin de vérifier la concordance entre les prescriptions des anesthésistes et les doses administrées par les infirmières.

Participants : 191 patients ont évalué et décrit la pertinence du soulagement de leur douleur postopératoire.

Résultats : la première partie de l'étude a relevé que 47% des patients présentaient de la douleur au moment de l'entretien en postopératoire, il n'existait pas de différences significatives entre les groupes présentant de la douleur aiguë et chronique (groupes A et B). Concernant l'incidence de la douleur, les patients qui ont été traités avec des opioïdes (groupe D) en préopératoire ne différaient pas des autres. 7% des patients n'ont pas présenté de douleur après l'intervention. 80% ont présenté une douleur le premier jour postopératoire, mais seulement 64% l'ont exprimée et 5% avaient des douleurs sévères. 17% des patients n'avaient jamais été évalués sur leur douleur postopératoire. 80% des patients ont présenté de la douleur pendant plus de 24h. Les résultats de la deuxième partie de l'étude ont montré que 71% de l'ensemble

du personnel infirmier a répondu au questionnaire, dont 63% étaient parfois dans le doute sur les ordonnances des médecins. 55% refusaient, parfois, l'administration des analgésiques pour des raisons diverses et 37% n'étaient pas satisfaits des routines d'évaluation de la douleur dans le service. Chez 36% des patients, il y avait un écart entre le traitement analgésique prescrit par les anesthésistes et par les chirurgiens. 23% des patients se sont vu administrer par les infirmières une dose différente de celle prescrite par les médecins. 96% des infirmières aimeraient avoir plus de connaissances sur le traitement de la douleur. La prescription médicale la plus utilisée, dans 92% des cas, était de 5 à 10 mg de morphine par voie intramusculaire « si besoin ».

Conclusion : l'étude montre que les médecins, les infirmières et les patients sont tous responsables de l'insuffisance d'analgésie des patients en postopératoire. Le traitement de la douleur doit être adapté aux besoins individuels de chaque patient. L'utilisation efficace de l'analgésie permet non seulement le soulagement de l'inconfort, mais aussi la prévention de certaines complications postopératoires.

1.2.5.3. L'étude d'Hjermstad, Fayers, Haugen, Caraceni, Hanks, Loge, Fainsinger, Aass & Kaasa (2011)

But : évaluer la performance de trois échelles unidirectionnelles. **Le but principal** de l'étude était de comparer les résultats des études réalisées sur l'évaluation de l'intensité la douleur à l'aide des échelles recommandées unidimensionnelles (EVS, EN et EVA). Les points étudiés sont : les objectifs des échelles, les types d'échelles le plus fréquemment comparées, la conformité et la facilité d'utilisation, les modes d'utilisation (règles en plastique ou par ordinateur), la variation des options de réponse et les temps d'évaluation de référence et l'étude statistique réalisée pour obtenir les résultats.

Méthode : une révision de la littérature effectuée dans les bases de données : MEDLINE (de 1950 à 2010), PsycINFO (de 1806 à 2010) et EMBASE (de 1980 à 2010) à travers les bases de données biomédicales OvidSP et le Social Science Fiction Index dans Web of Science (de 1956 à 2010). Parmi 239 résumés, 59 ont été retenus. La majorité (65%) ont été publiés en 2000 ou plus tard. Des statistiques descriptives ont été utilisées dans toutes les études retenues.

Résultats : ont mis en évidence que **l'échelle visuelle analogique** était de loin la plus souvent utilisée : (1) un total de 59 échelles visuelles analogiques (EVA) ont été utilisés dans 52 des 54 études retenues ; (2) 39 échelles verbales simples (EVS) ont été utilisées dans 37 études ; (3) l'échelle numérique (EN) a été incluse dans 32 études ;

(4) les échelles numériques (EN) et l'échelle visuelle analogique (EVA) ont été comparées dans 16 études et (5) avec l'échelle verbale simple (EVS) seulement dans deux études ; (6) l'échelle visuelle analogique et l'échelle verbale simple ont été comparées dans 18 études. Par rapport à **la conformité**, mesurée par le nombre de patients capables d'effectuer les évaluations, le nombre de réponses correctes et les pourcentages d'erreur, l'échelle visuelle analogique (EVA) a eu moins de conformité dans 9 études, sur 59, concernant des patients avec un âge plus élevé. Par rapport au **matériel de l'échelle**, 6 études sur 59 ont utilisé une échelle visuelle analogique (EVA) en plastique ou mécanique. L'utilisation de la version mécanique semblait plus facile et plus pratique pour les patients. L'échelle préférée par les patients ayant un niveau culturel plus bas est l'échelle verbale simple (EVS) alors que les personnes âgées et les patients en général préféraient l'échelle numérique (EN). L'échelle, la plus fréquemment utilisée était l'échelle visuelle analogique (EVA) qui est relativement rarement soumise à des variations de longueur, à différence de l'échelle numérique (EN).

Conclusion : les auteurs de l'étude ont montré que les conditions d'utilisation des échelles, sont liées, en général, aux choix de descripteurs standardisés, aux méthodes d'administration, aux délais, aux informations liées à l'utilisation, à l'interprétation des seuils de mesures de résultats appropriés et aux statistiques utilisées. Cependant, leur utilisation peut encore être améliorée par un processus de consensus de la communauté scientifique internationale. Les échelles numériques (EN) sont applicables dans la plupart des cas.

1.2.5.4. L'étude de Mas, Albaret, Sorum & Millet (2010)

But : analyser les attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de la prescription des analgésiques opiacés et lors des visites à domicile, pour les patients en fin de vie, atteints d'un cancer en phase terminale.

Méthode : 48 scénarii décrivant des patients atteints de cancer en phase terminale et présentant une souffrance physique et psychologique ont été présentés aux participants. Les médecins peuvent intervenir de deux manières, soit ils peuvent prescrire des médicaments afin de favoriser un certain confort aux patients, soit, ils peuvent faire des visites à domicile afin de montrer leur préoccupation et prodiguer des soins. Les facteurs analysés sont : « l'âge du patient » (jeunes entre 38 et 49 ans et âgés, entre 68 et 79 ans), « le sexe du patient », « le degré de douleur déclarée » (de 4 à 7 sur une échelle de 10 points), « la demande d'analgésiques » (aucune et répétée) et « les signes de détresse psychologique des patients » (absents, présents).

Participants : 115 médecins généralistes, habitant en France, ont exprimé l'acceptabilité de prescrire des analgésiques opiacés.

Résultats : l'étude montre quatre clusters : le premier cluster, de 13 médecins, accepte la prescription médicale d'opiacés afin de faire face à la douleur déclarée par le patient. Le deuxième cluster, de 43 patients, accepte la prescription médicale d'opiacés à la demande des patients. Le troisième cluster, également composé de 43 patients, accepte la prescription médicale d'opiacés en fonction de la combinaison de facteurs comme, « le degré de la douleur déclarée », « la demande d'analgésiques par le patient » et « la détresse du patient ». Enfin, le quatrième cluster, de 16 médecins qui acceptent la prescription médicale d'opiacés dans tous les cas. Par rapport aux visites à domicile, les résultats mettent aussi en évidence quatre clusters de caractéristiques similaires à ceux des prescriptions médicales.

Conclusion : tant la pratique de prescriptions médicales que les visites à domicile chez les patients atteints de cancer en phase terminale ne sont pas harmonisées. En effet, il existe des pratiques différentes en fonction de la combinaison de différents facteurs. Mais les attitudes des médecins sont cohérentes face à la prescription d'opiacés.

1.2.5.5. L'étude d'Apfelbaum, Chen, Mehta & Gan (2003)

But : déterminer comment les professionnels de la santé peuvent améliorer les soins postopératoires.

Méthode : une enquête nationale impliquant des questionnaires téléphoniques a été menée pour évaluer l'expérience de la douleur postopératoire des patients et l'état de la gestion de la douleur aiguë. Les patients ont été interrogés sur la gravité de la douleur post-chirurgicale, le traitement, la satisfaction avec des médicaments contre la douleur, l'éducation du patient, et les perceptions sur la douleur postopératoire et les médicaments contre la douleur.

Participants : un échantillon aléatoire de 250 adultes ayant subi une intervention chirurgicale récente aux États-Unis a été obtenu auprès de National Family Opinion.

Résultats : L'expérience de la douleur postopératoire était la préoccupation la plus commune (59%) des patients. Près de 25% des patients ayant reçu des analgésiques ont éprouvé des effets indésirables. Cependant, près de 90% étaient satisfaits de leurs analgésiques. Environ les deux tiers des patients ont déclaré qu'un professionnel de la santé leur avait parlé de leur douleur. Ils ont constaté qu'environ 80% des patients ont ressenti une douleur aiguë après la chirurgie. Parmi ceux-ci, 86% présentaient une

douleur modérée, sévère ou extrême (Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan, 2003). De même, ils ont mis en évidence que la gestion de la douleur était plus difficile après la sortie hospitalière.

Conclusion : malgré l'accent mis sur les programmes de gestion de la douleur et l'élaboration de nouvelles normes pour sa prise en charge, de nombreux patients continuent d'éprouver une douleur intense après la chirurgie. Plus d'efforts sont nécessaires pour améliorer l'expérience de la douleur postopératoire des patients.

1.2.5.6. L'étude d'Igier, Mullet & Sorum (2006)

But : examiner comment les infirmières, les étudiants en soins infirmiers et les aides-soignantes jugent le niveau de douleur des patients.

Méthode : 48 scénarii décrivant une patiente de 75 et 80 ans, souffrant d'arthrose chronique. Les facteurs analysés sont : « l'expression du visage du patient » (grimaces de temps en temps vs apparence détendue), « mouvements » (rares et lents, un peu limités, pas limités), « position du corps » (évite certaines positions vs n'évite pas de positions), « verbalisation » (se plaint de douleur vs ne se plaint pas), « sa volonté d'établir des contacts personnels » (pas difficile d'établir le contact vs évite les relations avec les autres).

Participants : 100 infirmières, 100 étudiants en soins infirmiers et 50 aides-soignantes travaillant dans différents hôpitaux ou dans la formation.

Résultats : les trois facteurs les plus importants dans l'évaluation de la douleur ont été la difficulté de contact social avec le patient, l'absence de changement de position et son absence de mouvements. Les jugements des infirmières sur la douleur des patients sont en corrélation avec les signes comportementaux de l'inconfort. Au moindre impact de la plainte verbale, les infirmières et les médecins réagissent et évaluent la douleur. Les aides-soignants donnent des notes inférieures à celles des infirmières. Quatre clusters ont été identifiés.

Conclusion : dans chaque groupe, chaque signe de douleur a contribué de façon additive.

1.3. LA PRATIQUE DE L'HYPNOSE DANS LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS

La douleur est une expérience subjective (IASP, 1979), seulement identifiable dans un contexte relationnel et communication avec la personne qui en souffre. La douleur est liée aux émotions, de là son caractère complexe et subjectif (IASP, 1979). C'est la façon qu'a le corps de dire que quelque chose ne va pas. Elle peut être chronique, « *douleur maladie* » ou aiguë « *douleur symptôme* ».

Pendant l'hospitalisation, la douleur contribue de manière significative à l'adaptation psychologique du patient (Patterson, Tininenko & Ptacek, 2006). Lors de ces hospitalisations, le patient sera amené à rencontrer des soins qui lui causent douleur et la façon de s'adapter dépendra de la manière dont il vit son hospitalisation, en tenant compte de son contexte personnel et familial. L'utilisation de la pratique de l'hypnose en établissements de santé est de plus en plus acceptée comme traitement pour les douleurs aiguës et chroniques (Stoelb, Moulton, Jensen & Patterson, 2009).

Avant d'aborder le traitement non pharmacologique de la douleur, par hypnose, nous nous intéresserons aux douleurs induites par les soins.

1.3.1. Douleurs induites par les soins

Sont plusieurs les manières des professionnels de santé de nommer les « *douleurs induites par les soins* ». Ainsi, tant dans la littérature comme sur le terrain, nous parlons de « *douleurs provoquées par les soins* », ou de « *douleurs associées aux soins* », ou encore de « *douleurs liées aux soins* » ou de « *douleurs iatrogéniques* » (cf. *sous-chapitre 1.1*). Cette variété de termes utilisés est en lien avec une réelle problématique dans les soins et les multiples situations où elle est bien présente. Cela nous rappelle, tout simplement, qu'en tant que soignants, face à la douleur, sommes vulnérables. Les différentes façons dont elle se manifeste dans les soins dépendront du système de valeurs de chaque individu et de ses pratiques, attitudes et croyances, la culture (Lasch, 2000), face à la santé et de la maladie. La douleur peut être alors, ce qui résulte des accidents, des maladies, des comportements et des formes de vivre d'une culture (cf. *sous-chapitre 1.1 : représentations sociales*). Mais, dans toutes ses formes et cultures, la douleur accompagne les soins et, toutes ont en commun qu'il s'agit bien de douleur provenant des soignants.

François Bureau (2013) (Cité par Donnadiou & Wrobel, 2013), propose quelques pistes de réflexion au sujet des mots employés. Ainsi, le terme « *douleur provoquée* » se correspondra à la douleur provoquée par les manœuvres médicales lors des examens cliniques : signe de Mac-Burney, le point de Murphy, le signe de Lasègue... Ce sont, comme nous l'avions déjà dit dans le premier chapitre de ce travail (cf. *sous-chapitre 1.1*), des douleurs recherchées de façon intentionnelle par le médecin, lors d'une exploration clinique, afin de faciliter la compréhension d'une pathologie et la pose d'un diagnostic, ce qui permettra traiter au mieux le patient. Ces manœuvres ont en commun des facteurs déclenchants plus ou moins identiques, comme le contact, la pression, la posture...

François Bureau (2013) (Cité par Donnadiou & Wrobel, 2013), définit la « *douleur iatrogénique* », associée assez souvent à la pathologie ou à des complications de la pathologie et/ou de son traitement, comme c'est le cas de l'iatrogène médicamenteuse. Ici, à la différence des douleurs provoquées, elles ne sont pas intentionnelles, mais aléatoires. L'iatrogène évoque des situations plus ou moins chroniques, comme par exemple, les douleurs chroniques neuropathiques.

Les « *douleurs induites par les soins* », les « *douleurs associées aux soins* », ou les « *les douleurs liées aux soins* », sont des douleurs à caractère prévisible, causées par les professionnels de santé (médecins, infirmières, aides-soignants, psychologues). Ce sont des douleurs fréquentes, de courte durée, associées à un geste ou à un soin « *qui doivent être réalisés pour le bien du patient* » François Bureau (2013) (Cité par Donnadiou & Wrobel, 2013). Ce caractère de prévisibilité permet aux soignants de mettre en place des mesures préventives afin d'en réduire le degré. Vu cela, le terme de « douleur aiguë induite » semblerait le plus approprié François Bureau (2013) (Cité par Donnadiou & Wrobel, 2013), pour parler des douleurs qui concernent les usages de notre système de santé.

Le problème se pose quand ces douleurs évoluent vers la chronicité. Selon Frédéric Guirimand (2005) (Cité par Wrobel, 2005), la douleur a d'abord une fonction d'alarme, avertir la personne qu'un stimulus dit « nociceptif » menace son intégrité physique. Ici, le terme nociceptif, que nous avons déjà évoqué lors du premier chapitre, concerne la localisation, l'intensité, les différentes composantes, les réponses de la personne (motrices, verbales, végétatives). Cependant tous ces paramètres peuvent évoluer puisqu'ils ne sont pas statiques, pouvant à long terme entraîner une douleur chronique.

Par « douleurs induites », nous pouvons dire, d'une façon très simple, que les douleurs induites sont associées aux interventions des soignants et c'est, pour le patient, « tout ce qui fait mal ». Mais, quels sont alors, les soins les plus fréquents rencontrés ?.

1.3.1.1. Prévalence des douleurs induites par les soins

La douleur aiguë induite par les soins, est une notion apparue récemment, fin XXe siècle. Il s'agit d'un phénomène lié aux évolutions médicales. En effet, le développement des techniques, l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de soins réalisés (cf. *Introduction : contexte*), parfois, pendant de longues années ont fait que nous soyons aujourd'hui à vouloir réduire ses conséquences. Pour cela, nous disposons de moyens pharmacologiques, mais aussi non pharmacologiques. L'hypnose est en un.

Selon A. Coutaux et E. Collin de la consultation d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris, il existe deux types de douleurs induites (2008) : les douleurs aiguës ou subaiguës et les douleurs chroniques à distance de certains traitements, comme la chirurgie, la réaction iatrogénique à certains traitements, la radiothérapie, la chimiothérapie... Les douleurs aiguës peuvent être provoquées par des :

- soins paramédicaux :
 - actes invasifs : ponction veineuse, réalisation des pansements, soins cutanés (escarres, ulcères...), pose ou retrait de sondes, de drains de Redon...
 - actes non invasifs, de la vie quotidienne ; lever/coucher, toilette, soins de bouche, habillage/déshabillage, aide à la prise alimentaire, mobilisation (transferts...), kinésithérapie...
- gestes médicaux à visée diagnostique ou thérapeutique (gazométrie, ponction de cavité, d'organe, biopsies actes radiologiques, cathétérisme...)
- Traitements : chirurgie, suites opératoires, médicaments...
- Situations rencontrées : attentes prolongées sur le brancard, transports (ambulance...), etc.

Les douleurs induites, à distance par certains traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie), sont le plus souvent, sous-évaluées, mal comprises par les patients et peu prises en charge par les médecins (Coutaux & Collin, 2008). Ce sont des douleurs chroniques de mécanisme neuropathique (cf. *sous-chapitre 1.1*). Par exemple, certaines chimiothérapies anticancéreuses sont connues pour induire des neuropathies

à distance (Coutaux & Collin, 2008). La pratique de l'hypnose est aussi très utilisée dans les troubles anxieux et phobiques (Pelissolo, 2016).

La littérature, concernant l'épidémiologie des douleurs induites par les soins, a commencé apparaître dès 2008 (cf. *sous-chapitre 1.1 : approche sociétale et organisationnelle de la douleur*). Elle est peu fournie et la plupart des études ne concernent pas les caractéristiques des douleurs ni les répercussions sur la qualité de vie (Coutaux & Collin, 2008). Nous retrouvons aussi des grandes divergences en fonction des lieux de soins.

1.3.2. L'hypnose

Lors de l'hospitalisation les patients, en voyant leur environnement bouleversé, peuvent être en situation de stress, ces situations peuvent être très mal vécues en présence de la douleur. Quand la personne rentre dans une situation de panique ou stress important, les réactions face au stress s'inhibent, entraînant un blocage physique et mental. C'est un état neurophysiologique qui tient compte d'une loi de la physique appliquée à la biologie, en situation de stress, à savoir « la loi de l'excitation-inhibition » (Everly, 1989). C'est-à-dire, en termes physiologiques, une grande excitation peut entraîner une grande inhibition. Physiologiquement, l'hypnose va se servir de ce qui bloque la personne pour que cela entraîne une inhibition programmée et progressive en fonction des stimuli qui en sont à l'origine (Everly, 1989 ; Pelissolo, 2016). L'hypnothérapeute réagit alors en fonction d'un objectif à atteindre pour faire changer les stimuli qui ont causé la souffrance ou le comportement, en fonction des effets qu'il recherche pour le patient. En lien avec ces changements, l'hypnose a été définie par the Executive Committee of the American Psychological Association – Division of Psychological Hypnosis (1994), comme étant « *une procédure durant laquelle un professionnel (...) suggère à un patient ou un sujet des changements de sensations, de perceptions, de pensées ou de comportements* » (Vanhaudenhuyse et al., 2008, p. 424 ; Elkins, Barabasz, Council & Spiegel, 2015 p. 3). C'est dans ce sens que les personnes peuvent penser qu'il s'agit d'une « manipulation » de la part de l'hypnotiseur (Aguado, 2015). Des manipulations ont été déjà signalées à la MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, 2017). En effet, les abus de la psychothérapie ou de ce qui concerne le psycho-spirituel peuvent, actuellement, être signalés. Ainsi 97 signalements ont été effectués en 2016. Selon la MIVILUDES, certaines pratiques réalisées par des pseudo psychothérapeutes s'avèrent particulièrement dangereuses.

L'exemple donné dans son rapport de 2016 est celui de l'augmentation de l'offre dans les jours qui ont suivi les attentats du 13 novembre 2015 à Paris, proposant des thérapies aux victimes. Sur la liste comportant plus de 250 personnes « *ont trouvé très peu de psychologues ou de psychothérapeutes inscrits au répertoire ADELI, inscription qui garantit que le praticien a les Diplômes et une formation reconnue, et permet d'éviter les pseudo-thérapeutes* » (MIVILUDES, 2017, p. 24).

D'autres définitions ont été données au sujet de l'hypnose, mais avant de les avancer dans notre travail et afin de comprendre, nous allons présenter très brièvement l'histoire de l'hypnose.

1.3.2.1. Une brève promenade dans l'histoire de l'hypnose avant de la définir

Dans l'histoire, l'hypnose fait appel à des personnes qui pensent avoir des pouvoirs pour soigner les autres. Aux origines, ces pouvoirs étaient liés aux pratiques magiques-religieuses que pratiquaient les shamans pour soigner leur peuple, comme nous l'avons déjà vu dans l'approche historique de la douleur (cf. *sous-chapitre 1.1*). Des pratiques comme la méditation, la quiétude du corps, le travail avec les sons et les mots pour aider à guérir le corps et l'esprit ont été retrouvés pratiquement dans toutes les cultures, tant occidentales qu'orientales (Gonzalez-Ordi, 2015. Cité par Martin Carbonell, 2016). Actuellement, nous pouvons aussi évoquer d'autres méthodes d'induction hypnotique, issues du passé, comme la musique, le chant, la danse... Selon Gonzalez-Ordi (2015. Cité par Martin Carbonell, 2016), Professeur à l'Université Complutense de Madrid, Spécialiste en Psychologie Clinique, dans son groupe de travail « Hypnose psychologique », ces pratiques favorisent l'état mystique-religieux qui amène la personne à cet état modifié de conscience (EMC). Cependant, d'autres théories ont considéré que ces pratiques, même si elles amènent aux personnes à un état de transe ou EMC, sont différentes de la pratique d'hypnose, du fait qu'elles sont dépendantes de la culture et donc des rites et rituels. Alors que l'hypnose est plus aseptique avec une composante suggestive qui dépendra de la réponse des personnes. L'hypnose a donc un « but neurophysiologique » et n'est pas simplement une culture renforçant la suggestion contextuelle (Gruzelier, 2002). Pour cet auteur, les perspectives sociocognitives et neurobiologiques peuvent être combinées afin de faciliter la compréhension de différentes composantes de l'hypnose. En laissant de côté, pour le moment, les théories en lien avec l'hypnose, qui seront présentées très brièvement dans la suite de notre travail, nous voudrions revenir à l'histoire de l'hypnose pour

parler de Franz Anton Mesmer (1734-1815). Ce médecin Allemand, qui s'est inspiré des travaux sur le « Magnétisme Animal » de Paracelse, médecin alchimiste suisse, travaillait sur des techniques de soulagement de la douleur, entre autres symptômes (Chaves & Dworkin, 1997. Cité par Martin Carbonel, 2016). Ses travaux concluaient à la présence d'un fluide dans l'univers qui faisait le lien entre l'homme et le bas (la Terre) et l'homme et le haut (le Monde subtil), ayant les propriétés de revitaliser le corps physique et psychique. La maladie était alors le déséquilibre de ce fluide. Mesmer pensait que le magnétisme du corps obéissait à des lois similaires à celles de l'électricité et donc il provoquait des crises chez ses patients pour les amener à la guérison. Ses travaux ont été très rapidement censurés par le gouvernement français (Martin Carbonell, 2016). L'Abbé José Custodio de Faria (1756-1816), moine portugais, dans la suite des travaux de Mesmer, posait les bases de l'hypnose, le sommeil magnétique (Martin Carbonell, 2016). Mais ce n'est que plus tard que ce sommeil magnétique, sera appelé hypnose. C'est John Elliotson (1791-1868), professeur de Chirurgie de l'Université « College Hospital » de Londres, qui se servira de l'hypnose dans le cadre des anesthésies (Gezundhajt, 2007). À cette période, l'anesthésie par inhalation était entre deux approches différentes : l'approche pharmacologique, considérée scientifique et objectivable et l'anesthésie mesmérisme, dépendante de ce que racontait le patient et donc non objectivable.

En 1878, Jean-Martin Charcot (1825,1893), neurologue français, soutiendra la pratique de l'hypnose, même s'il ne l'avait jamais pratiquée, en fondant l'École de la Salpêtrière En 1891, le Professeur Hippolyte Bernheim (1840-1919) donne naissance au terme Psychothérapie qui désigne une méthode basée sur « la suggestion hypnotique » (Gezundhajt, 2007). Ensuite, plusieurs auteurs ont suivi, de Emile Coué et sa « Méthode Coué, en passant par Pierre Janet et le phénomène de « la régression » jusqu'en 1937, avec Milton Erickson (1901-1980), qui développera la forme connue à ce jour « l'Hypnose Ericksonienne », dont les caractéristiques que la définissent la relation thérapeutique sont (Zeig, 1994 ; Erickson, Zeig & Geary, 2000) :

- *Le respect de l'individualité de la personne sans jugements* : chaque personne est unique et mérite le respect du thérapeute et donc chaque thérapie, faite auprès de chaque personne, est aussi unique.
- *La relation thérapeutique fondée dans l'acceptation d'autrui* : chaque thérapeute doit accepter la personne telle qu'elle est avec sa réalité dans laquelle il est aussi inclus. Il doit accepter la réalité du patient telle qu'elle lui est présentée.

- *La communication avec la souffrance de la personne* : chaque personne qui a un symptôme cache probablement derrière une souffrance. Le thérapeute doit donc communiquer avec le symptôme de la personne pour comprendre sa souffrance.
- *La relation thérapeute-personne privilégiée* : chaque personne a plusieurs contextes de vie, individuel, familial, social... auxquels viennent se rajouter le contexte thérapeutique.

Nous présenterons, maintenant, les différentes définitions de l'hypnose.

1.3.2.2. Définition

Étymologiquement, le mot hypnose vient du grec « Hypno » en honneur au Dieu du « sommeil ». Cependant, cette évocation du sommeil ne correspond pas avec l'état hypnotique, qui est un état différent du sommeil et de l'état de veille, un état modifié de conscience.

La définition de l'hypnose proposée, en 1994, par la Society of Psychological Hypnosis de l'American Psychological Association (APA) que nous avons vue auparavant, a fait le tour du monde. Cette définition a été proposée au regard de l'absence de consensus entre les différentes approches théoriques (Melchior, 2010). Elle inclut aussi, l'importance du contexte hypnotique, dans lequel l'hypnothérapeute se sert d'une méthode d'induction qui peut prendre plusieurs formes. Mais, toutes ces formes font appel à des situations de calme. Elles évoquent la relaxation et le bien-être. De plus, l'hypnotiseur donne des instructions pour que la personne pense ou imagine des choses agréables. Wickramasera (2015. Cité par Martin Carbonell, 2016; Mather & Degun, 1975) définit l'hypnose comme une expérience dans laquelle la personne assure une empathie, soit suggérée par l'hypothérapeute, soit générée par lui-même pendant le processus hypnotique, afin d'entraîner des changements de sensations, de perceptions, de pensées ou des comportements (Elkins et al., 2015. Cité par Martin Carbonell, 2016), en modifiant ainsi la relation mental-corps. Cet état de suggestion dépend de la personne, mais la plupart s'accordent à dire que l'expérience avec l'hypnose est agréable. (Capafons et al., 2008).

En 2013, le président de l'APA avait proposé une commission pour travailler la définition. Les membres de cette commission concluaient (Elkins et al., 2015. Cité par Martin Carbonae, 2016) :

- *Hypnose* : c'est un état de conscience impliquant une attention focalisée et une conscience périphérique réduite, caractérisée par une plus grande capacité de réponse à la suggestion.
- *Induction hypnotique* : technique pour induire l'hypnose.
- *Hypnothérapie* : utilisation de l'hypnose dans le traitement médical ou psychologique d'une personne.

Dans l'hypnothérapie ou utilisation psychothérapeutique de l'hypnose, nous pouvons rencontrer diverses formes, dont l'hypnose classique et l'hypnose Ericksonienne. Dans l'hypnose classique, l'hypnothérapeute suggère un changement à la personne de manière directe, en la dirigeant. Alors que dans l'hypnose Ericksonienne, l'hypnothérapeute accompagne la personne en la mettant au centre de la séance et celui permettre de devenir acteur de sa guérison. Cette forme d'hypnose suppose que la personne a un noyau inconscient qui est réellement capable de mobiliser ses ressources. Mais toutes ces formes sont une procédure (hypnotique) adjuvant aux thérapies médicales et psychologiques, augmentant ainsi leur efficacité. (Elkins et al., 2015 ; Capafons, 2004).

Nous pouvons aussi parler de deux types d'hypnose : l'hypnoanalgésie et l'hypnosédation. La première fait référence à l'hypnothérapie comme technique pour soulager la douleur. L'hypnosédation, elle, fait référence à la combinaison de l'hypnose avec la sédation intraveineuse.

1.3.2.3. Théories sur l'hypnose

La proposition de définition par l'APA a entraîné différentes approches de l'hypnose. Ces approches ont donné lieu à différentes théories opposées de l'état altéré de conscience (Woody & Sadler, 2014. Cité par Martin Carbonell, 2016). Cependant, selon M.C. Gay (2007), deux grandes théories peuvent expliquer l'hypnose : la théorie psychosociale (les non-étatistes) et la théorie de la néodissociation (les étatistes). En effet, ces deux théories s'opposent au niveau de la reconnaissance ou non de la modification de l'état de conscience.

La théorie psychosociale ou sociocognitive ou cognitivo-comportementale de l'hypnose a été élaborée par Sarbin en 1950 (Cité par Gay, 2007), élaboré par Barber en 1970 (Cité par Gay, 2007) et par Spanos en 1980 (Cité par Gay, 2007). C'est une théorie qui réintègre le social, le culturel, le cognitif et les données neurophysiologiques. Elle part des postulats (Gay, 2007) comme que l'hypnose peut être provoquée

par des suggestions non hypnotiques que peuvent se dérouler dans d'autres contextes (médiation, sophrologie ...). Toutes les personnes facilement hypnotisables par suggestion, expriment des attitudes positives au sujet de l'hypnose, alors que celles moins hypnotisables expriment des attitudes négatives. De plus, il est impossible pour l'hypnothérapeute de vérifier l'état de conscience dans lequel les personnes se trouvent sous hypnose.

La théorie néodissociative de l'hypnose a été élaborée par Hilgard 1974 (cité par Gay, 2007). Sa théorie a été inspirée de la théorie de la dissociation de Pierre Janet qui travaillait sur les travaux de Charcot à la Salpêtrière cité par Gay, 2007). Hilgard avait observé que les personnes sous hypnose, avaient une partie du corps où la douleur était absente, alors que dans une autre partie du corps, la douleur était bien présente. Ce fait a été appelé « observateur caché ». Il serait plutôt un produit de l'influence sociale, que de l'influence de la dissociation et montre comme les personnes s'engagent dans des rôles en réponse à la demande de l'hypnotiseur (Gruzelier, 2002). À partir de ce constat, cette théorie confirmait la présence d'une conscience divisible en deux sous-systèmes cognitifs qui pouvaient traiter et sélectionner l'information de manière différente. Tous les deux pouvaient être séparés par une « barrière amnésique » induisant une polarité physique (Gay, 2007). Cette théorie part de deux principes : toutes les personnes facilement entrant en transe ont un plus haut niveau de dissociation et toutes les personnes sont facilement hypnotisables, étant donc la suggestion, une capacité préexistante (Gruzelier, 2002).

En résumé, ces deux théories partent de différents postulats au sujet de l'état de conscience, la première suppose qu'il n'y en a pas, alors que dans la deuxième, il y a une coexistence de deux états de conscience sur un même plan. Dans la pratique clinique, dans le soulagement de la douleur, la première théorie alerta à l'hypnothérapeute de l'importance de l'évaluation avant la séance (alliance thérapeutique) alors que dans la deuxième, alerta à l'hypnothérapeute sur les émotions qui peuvent naître pendant la réalisation de la technique (Lynn & Kirsch, 2006. Cité par Robin, 2013).

En 2014, Polito, Barnier et McConkey (Cité par Martin Carbonell, 2016) rapprochent ces deux théories pour donner une nouvelle vision de l'hypnose, où ils proposent l'hypnose comme un « état vs non-état ». Pour ces auteurs, dans la pratique de l'hypnose, il est aussi important le produit comme la façon que l'hypnothérapeute a pour faire arriver à la personne à un état de conscience hypnotique. C'est ici, que pour ces auteurs que les facteurs sociocognitifs des personnes acquièrent une valeur significative. En effet, les personnes expérimentent l'hypnose (le produit) parce qu'il y avait

une façon de faire l'induction pertinente qui dépend du contexte de la personne et donc des variables sociocognitives. Ils soulignent alors que l'hypnose est une compréhension tant du processus (la technique d'induction mise en place par l'hypnothérapeute) que du produit (l'état de conscience que la personne arrive à avoir).

Nous présenterons, ensuite quelques approches explicatives au sujet de l'efficacité de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, ainsi que quelques travaux qui ont retenu notre intérêt.

1.3.3. Études en lien avec la pratique de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins

Nous avons vu précédemment qu'en fonction de l'approche théorique de l'hypnose, l'hypnothérapeute aura un comportement différent. Ceci prend de l'importance quant au soulagement de la douleur où l'enjeu émotionnel du patient est important. C'est donc au travers des influences de l'hypnothérapeute (touchant de façon directe ou pas les émotions du patient), par la pratique de l'hypnose, que la douleur deviendra modulable chez le patient. C'est-à-dire, l'hypnothérapeute peut décider de soulager la douleur du patient avec la suggestion dont l'objectif est d'induire hyperalgésie (réponse exagérée aux stimuli douloureux en lien avec la situation qui a provoqué la douleur) ou au contraire, il peut décider d'induire une réponse contraire d'alodinie (réponse de douleur très réduite aux stimuli douloureux en lien avec la situation qui a provoqué la douleur) (Colloca, Sigaud & Benedetti, 2008. Cité par Martin Carbonell, 2016 ; Kupers, Faymonville & Laureys, 2005).

Ce dernier auteur définit l'hypnose comme une expérience dans laquelle la personne assure une empathie, soit suggère par l'hypnothérapeute, soit généré par lui-même pendant le processus hypnotique, afin d'entraîner des changements de sensations, de perceptions, de pensées ou des comportements (Elkins et al., 2015), en modifiant ainsi la relation mental-corps. L'analgésie par hypnose réduit alors, tant la douleur sensorielle que le mal-être associé à la situation qui a provoqué la douleur (Villemure & Bushnell, 2002 ; Rainville et al., 2005) ou au contraire, l'augmente, afin aussi, d'entraîner des changements. Pour Rainville et son équipe, l'effet des émotions sur la perception de la douleur est généralement reconnu, mais les mécanismes sous-jacents restent flous. Dans cette étude, ils ont induit des émotions positives ou négatives par suggestion hypnotique à un groupe de volontaires en bonne santé, pendant

l'immersion de la main, durant une minute, dans de l'eau extrêmement chaude. Trois expériences ont été réalisées. Dans les trois expériences, les variations de douleur aiguë induites par les émotions ont été observées dans les évaluations du désagrément de la douleur par rapport à l'intensité de la douleur. Les résultats, comparés avec un groupe contrôle, ont montré les émotions négatives, comme la colère ou la tristesse liée à la douleur. L'augmentation de la douleur était associée à une augmentation du désir de soulagement de la douleur et à une diminution de l'attente de soulagement, ainsi qu'à une augmentation de l'excitation. Les changements dans les réponses cardiaques liés à l'excitation ont été aussi mesurés. Les analyses de corrélation et de régression multiple suggèrent que les émotions négatives et le désir de soulagement influencent principalement la douleur et que les réponses autonomes évoquées par la douleur sont étroitement associées à la douleur. Ces résultats confirment l'influence supposée du désir de soulagement sur la perception de la douleur, en particulier sur l'affect douloureux, et confortent la relation fonctionnelle entre l'affect douloureux et les réponses nociceptives autonomes. Cette étude nous aide à comprendre que les émotions liées à la douleur aiguë induite par les soins réalisés par l'infirmière influencent la perception du patient face à sa douleur et donne des réponses physiologiques. En effet, lors d'un soin douloureux ou simplement, potentiellement douloureux, le patient a le désir de soulager sa douleur, sa souffrance ou sa maladie et cela même si le soin réalisé augmente la douleur ressentie par le patient. Cette augmentation peut donc, être associée à une augmentation du désir de soulagement de la douleur et à une diminution de l'attente de soulagement. En pratique, les patients l'expriment comme « *un mal pour un grand bien* ». Ainsi, les soins douloureux pendant la réalisation par l'infirmière deviendront bénéfiques pour le patient par la suite.

D'autres études ont relevé le rôle des attitudes des patients envers l'hypnose, ainsi les attitudes positives seront associées à des résultats positifs après traitement par hypnose (Schoenberger et al., 1997 ; Chaves, 1999. Cités en Capafons et al 2008), de même pour les enfants porteurs de Trisomie 21 (Gay, Garitte, Cuisinier & Celeste, 2008). Les travaux de Johnson & Hauck (1999) au sujet des différentes sources d'obtention d'information sur l'hypnose ainsi que sur les croyances ont conclu qu'il pourrait avoir une culture générale au sujet de l'hypnose. Nous nous avançons à dire que cette culture pourrait être de l'ordre des représentations sociales au sujet de l'hypnose. L'étude d'Hawkins & Bartsch (2000), était particulièrement intéressante au sujet des variables intra-sujets utilisées, l'expérience passée de l'hypnose et des groupes témoins

en termes d'âge, de sexe. Ils avaient étudié la comparabilité des groupes déjà expérimentés et non expérimentés en lien avec ces variables sociodémographiques. Ils ont aussi utilisé une échelle des attitudes envers l'hypnose. L'étude révèle que la connaissance, les attitudes et les croyances sur l'hypnose sont des facteurs critiques dans la motivation à être hypnotisé. Ils ont expliqué ses résultats à travers une théorie de comportement social, la théorie de l'action raisonnée d'Ajzen et Fishbeins (1980. Cité par Hawkins & Bartsch, 2000). Cette théorie affirme qu'un comportement que la personne considère comme étant de l'ordre du « social », peut influencer, non seulement le comportement réel final, mais aussi, l'intention de comportement. Ils ont conclu leurs travaux en disant que les personnes répondront mieux à l'hypnose s'ils ont une connaissance précise (par le déjà vécu) et positive. Ainsi, les qui avaient été hypnotisés dans le passé étaient plus susceptibles d'être hypnotisés et, par conséquent, étaient moins susceptibles de craindre les effets possibles de l'hypnose que ceux sans expérience antérieure. Cependant, leurs résultats doivent être interprétés avec prudence puisque leur échantillon ne représente qu'un petit sous-groupe de la population générale (77 étudiants universitaires de premier cycle). Résultats totalement opposés ont été trouvés par Large et James (1991) (Cité par Capafons, 2008). Ils ont trouvé que l'hypnose pourrait avoir un effet très négatif sur les attitudes et les croyances. D'autres, ont relevé des attitudes ambivalentes, tant positives que négatives (Echterling et Whalen, 1995. Cité par Capafons, 2008).

La plupart des études rapportent sur la réalisation de l'hypnose pendant le soin douloureux ou avant la réalisation du soin par l'infirmière lors de la réalisation des pansements complexes : brûlures, pansements post-chirurgicaux, escarres chez la personne âgée sont quelques exemples. L'hypnose, dans ces cas, permettra d'améliorer la cicatrisation, en réduisant l'inflammation et la cicatrisation (Jensen, 2011. Cité par Martin Carbonell, 2016 ; Osdoit, Bagny, Amour & Yvin, 2014 ; Shakibaei et al., 2018), mais aussi de permettre l'acceptation des soins réalisés par l'infirmière dans le soin à répétition (Osdoit et al., 2014). Cette pratique peut aussi apporter un plus grand confort pour le patient dans la prise en charge des plaies (Maillard & Vaisseur, 2018). Elle peut être adaptée aux soins qui peuvent être douloureux et anxiogènes, en réduisant ainsi la douleur et l'anxiété. Cette réaction analgésique produite comme réponse du système nerveux périphérique pourrait aussi être la conséquence d'une relaxation de la part du patient (Gruzelier, 2002). De là, l'importance pour les soins infirmiers d'établir une relation de confiance auprès de la personne et entraîner une relaxation lors de la réalisation des soins douloureux. Mais aussi, d'utiliser une batterie de techniques

qui peuvent être utilisées en fonction du type d'hypnose pratiquée (Gueguen, Barry, Hassler & Falissard., 2015), mais aussi en fonction du type de patient (Gay, 2008). Les Docteurs Roelants et Watremez, au Congrès d'hypnose et douleur à la Rochelle, en 2014, ont proposé (Gueguen et al., 2015) : des techniques linguistiques et relationnelles en communication hypnotique, des techniques de focalisation en hypnose conversationnelle et des techniques de dissociation et de relaxation en hypnose thérapeutique. En conclusion, l'hypnose avec suggestion d'analgésie est particulièrement efficace pour réduire l'intensité (composante sensori-discriminative de la douleur) ainsi que les émotions négatives associées à la douleur (composante affective de la douleur), alors que la relaxation permet de réduire plutôt l'aspect désagréable de la douleur (composante affective) (Bioy, Wood & Françoise, 2013).

D'autres études.

1.3.3.1. L'étude de Lioffi, White & Hatira (2009)

But : cette étude prospective contrôlée avait pour objectif principal de comparer l'efficacité d'un anesthésique locale (crème EMLA®) avec la combinaison de cette crème et l'autohypnose, dans le soulagement de la douleur aiguë induite par la réalisation d'une ponction veineuse par l'infirmière. Un objectif secondaire dans l'étude était de vérifier si la réalisation de la pratique d'autohypnose aurait un effet bénéfique sur l'anxiété des parents.

Méthode : Un des critères principaux était de ne pas avoir vécu une expérience d'hypnose. Les enfants avec leurs parents ont été répartis au hasard dans trois groupes : (1) Groupe appelé EMLA®. Ici, les enfants ont été traités qu'avec la crème EMLA®, 60 minutes avant la ponction veineuse. (2) Groupe appelé EMLA® plus hypnose. Dans ce groupe, la crème EMLA® a été appliquée, pareil que dans le premier groupe. En plus ils ont eu des séances d'autohypnose et enfin, le groupe (3). Ces enfants ont reçu la crème EMLA® + Attention thérapeutique. C'est-à-dire, les enfants ont reçu la crème EMLA® et leurs mères ont rencontré un thérapeute. La durée de cette rencontre était la même que les enfants qui ont bénéficié d'un technique d'autohypnose. Le plan expérimental résultant était 3*3 : (EMLA®, EMLA®+Hypnose et EMLA®+Attention thérapeutique) * « le temps à trois niveaux » (T1, T2 et T3).

Participants : L'étude a été menée auprès de 45 enfants (20 garçons et 25 filles) entre 6 et 16 ans, et leurs parents (33 mères et 12 pères), en résultant ainsi 45 enfants couplés (mère-enfant).

Résultats : Après avoir effectué plusieurs analyses de variance, les résultats ont révélé que les moyennes des niveaux de détresse n'ont pas changé de manière significative dans le groupe EMLA®, ni dans le groupe EMLA®+Attention et non plus dans le groupe EMLA®+Hypnose. Concernant le degré de douleur, les moyennes étaient plus faibles dans le groupe EMLA®+Hypnose. Les autres deux groupes n'ont pas eu des changements dans leurs moyennes. Concernant l'anxiété, il n'y a eu des changements, dans le groupe EMLA®+Attention. Mais, avec de différences significatives dans le groupe EMLA®+Hypnose. Elle a été très légèrement élevée dans le groupe EMLA®+Hypnose.

Conclusion : l'étude a montré que les enfants soumis à l'hypnose en plus d'un traitement anesthésique local ont eu une réduction de la douleur liée à la ponction veineuse. Cette combinaison, EMLA®+Hypnose, a été aussi efficace dans la réduction de l'anxiété et de détresse dans le comportement des enfants. De même pour les parents, le groupe EMLA®+Hypnose avait de résultats significatifs concernant le degré de douleur, avec des moyennes plus faibles. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats précédents, obtenus par ces chercheurs, mais cette fois au sujet de la ponction lombaire, aussi chez les enfants, entre 6 et 18 ans, atteints d'un cancer et leurs parents (Lioffi, White & Hatira, 2006). Les résultats montraient aussi que l'association EMLA®+Hypnose réduisait l'anxiété et la douleur. Les graphiques issus de l'analyse de variance ont montré des courbes suivant une règle algébrique de type additif, descendantes qui accentuent les différences entre le T2 et le T3 de l'étude.

1.3.3.2. L'étude de Barling & De Lucchi (2004)

But : examiner les connaissances, les attitudes et les croyances envers l'hypnose. Les auteurs se sont inspirés des travaux déjà initiés par d'Hawkins et Bartsch (2000). Cité par Barling & De Lucchi, 2004). Ils ont, comparé une population qui avait une expérience antérieure avec l'hypnose et les personnes qui n'ont jamais eu d'expérience antérieure d'hypnose.

Méthode : l'échantillon a rempli un questionnaire en quatre parties : la première partie, concernant les données sociodémographiques ; la deuxième partie cherchait à connaître les croyances des participants sur l'hypnose ; la troisième partie mesurait la précision de leurs connaissances sur l'hypnose ; et enfin, la quatrième partie concernant leur intention d'utiliser l'hypnose, à des fins cliniques, à l'avenir. Les attitudes au regard de l'hypnose ont été mesurées par l'échelle « The Attitudes Towards Hypnosis Scale [ATHS], (Spanos et al, 1987. Cité par Barling & De Lucchi, 2004; Milling, 2012) », qui

mesure trois facteurs: leurs opinions sur l'hypnose, leurs croyances b) leurs croyances concernant la stabilité mentale des gens hypnotisables et la peur qu'ils avaient des effets de l'hypnose. Chaque élément a été évalué sur une échelle de 5 points allant de « *fortement d'accord* » à « *totalelement en désaccord* ». Les scores élevés sur l'échelle de réponses indiquaient une ouverture à l'idée d'être hypnotisé, l'idée que l'hypnose n'est pas une source de peur et l'idée que ceux qui peuvent être hypnotisés ne sont pas faibles d'esprit, ni sont mentalement instables.

Participants : l'étude a été menée auprès de 84 participants ayant déjà vécu une expérience en hypnose et de 102 participants, n'ayant pas l'expérimentée. La moyenne d'âge est de 38 ans.

Résultats : un plan factoriel intra-sujets a été utilisé pour étudier dans quelle mesure les participants expérimentés en hypnose et les participants non expérimentés différaient par rapport à leurs attitudes, croyances et connaissances sur l'hypnose et leur intention d'utiliser l'hypnose, à des fins cliniques, à l'avenir. Trois variables indépendantes ont été étudiées : l'expérience avec l'hypnose (expérimenté vs non expérimenté en hypnose), l'âge (jeunes, âgés) et la source d'information sur l'hypnose (expérience personnelle, présentations à la télévision, livres et littérature). Les trois variables dépendantes étaient les scores de l'échelle –ATHS– : croyances positives, stabilité mentale et intrépidité. Aussi les scores de l'échelle de connaissances et de l'échelle d'intention. Les données ont été traitées dans le logiciel SPSS 10.0.

Les scores moyens des personnes ayant déjà expérimenté, plus jeunes et plus âgées, semblent différer des scores de la sus-échelle de croyances constatées positives de l'ATHS ainsi que des scores de l'échelle d'intention, étant plus élevés pour les personnes ayant expérimenté, les plus jeunes. Ces résultats montrent alors que les personnes ayant déjà eu une expérience avec l'hypnose montrent des attitudes et des croyances plus positives sur l'hypnose, ainsi qu'une intention d'utiliser l'hypnose plus importante. Ils ont aussi moins de peur d'être hypnotisés. En outre, les personnes qui l'avaient déjà vécu ont montré plus d'attitudes positives à l'égard de l'hypnose, avec des connaissances plus précises que ceux qui ne l'ont pas vécu et qui sont allés chercher les informations auprès de la télévision. Cependant, il n'y a pas de significativité entre les participants adultes jeunes et les moins jeunes, ayant vécu une expérience antérieure ou non. Les jeunes étaient plus susceptibles à l'hypnose que les personnes âgées. Ils avaient également des croyances plus positives et moins craintes à propos de l'hypnose.

Conclusion : les résultats de la présente étude étaient légèrement différents de ceux de l'Étude de Hawkins et Bartsch (2000). Bien que cette dernière étude avait relevé une différence significative entre les participants, ayant ou non eu une expérience antérieure d'hypnose, ainsi que sur les connaissances de l'hypnose, aucune différence significative a été constatée entre les participants au sujet des croyances positives ni sur la stabilité mentale des personnes hypnotisables. Barling et De Luch (2004) attribuaient cette différence à la taille de l'échantillon utilisé dans la présente étude et aux critères de sélection pour le recrutement de personnes ayant déjà eu l'expérience d'hypnose.

1.3.3.3. L'étude de Capafons, Mendoza, Espejo, Gree, Lopes-Pires, Selma, Flores, Morariu, Cristea, David, Pestana & Carvallho (2008)

But : dans la même ligne de recherche que les travaux de Barling et De Lucchi (2004. Cité par Capafons et al., 2008), ces auteurs ont réalisé une étude multiculturelle, en Espagne, aux États-Unis, au Portugal et en Roumanie, auprès des étudiants en psychologie : 38,8% à l'université de Valence, en Espagne ; 36% à l'Université de l'Ohio à Lima, aux États-Unis ; 11,1% à l'Université de Coimbra et à l'Université d'Algarve, au Portugal et 14,1% à l'Université de Babes-Bolyai, en Roumanie. Le but de la présente étude est d'évaluer les effets des sources d'information sur l'hypnose et de l'expérience personnelle sur les attitudes à l'égard de l'hypnose, ainsi que les effets des informations des participants.

Méthode : les participants ont rempli l'échelle de Valence sur les attitudes et croyances à l'égard de l'hypnose-Client (VSABH-C. Capafons et al., 2003), composée de 37 éléments évalués sur une échelle de 6 points allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Les participants ont également rempli un questionnaire incluant des questions sur leur expérience et les sources d'où ils avaient obtenu leurs connaissances sur l'hypnose.

Participants : l'échantillon était composé par, un total de 1103 étudiants, 19,9% étaient des hommes et 80,1% étaient des femmes. L'âge moyen était de 20 ans. 96,9% n'avaient pas été hypnotisés auparavant dont 49,7% n'avaient jamais reçu d'information sur l'hypnose.

Résultats : l'étude a relevé que les étudiants qui ont été déjà hypnotisés ont montré moins peur de perdre le contrôle de l'hypnotiseur, d'être pris au piège dans une transe hypnotique et de ne pas être en mesure de s'en sortir. Ils ont également, plus d'intérêt

à être hypnotisés. En outre, les participants qui avaient reçu de l'information sur l'hypnose ont montré, aussi, de meilleurs résultats dans le contrôle et l'intérêt. Des significatives différences n'ont pas été trouvées pour les participants ayant été hypnotisés par un professionnel.

Conclusion : des résultats similaires ont été retrouvés auparavant. Mais ces auteurs, mettent en évidence l'intérêt de diffuser des informations précises et scientifiques sur l'hypnose parmi la population en général et les étudiants.

1.3.3.4. L'étude de Berger, Davadant, Marin, Wasserfalle, Pinget, Mravic, Koch, Raffoul & Chiolo (2010)

But : de mesurer l'influence de l'hypnose dans la gestion de la douleur dans une unité de soins des grands brûlés. Les observations des plaintes des patients après la sortie et l'apparition des syndromes douloureux chroniques chez quelques patients ont motivé la recherche.

Méthode : dans le protocole de recherche, il a été décidé de traiter simultanément les traitements pharmacologiques et psychologiques en incluant l'hypnose. L'hypnose associée a permis aussi de faire des économies de coûts au cours de procédures radiologiques. Le traitement de la douleur a été basé sur une prescription d'opioïdes standardisée visant un score de douleur inférieur à 4. Ils ont été convertis en équivalents morphiniques à l'aide d'un convertisseur de dose, afin de mesurer la dose totale d'opioïdes sur 24 heures. L'évaluation de la douleur était la plupart du temps effectuée par les infirmières et enregistrée (avant, pendant et après les procédures douloureuses) dans les dossiers de soins informatisés. L'hypnose était réalisée par une infirmière en unité de soins intensifs qui avait suivi une formation de trois ans sous la supervision d'un psychiatre. Aucun des participants dans le protocole n'avait été mis à l'aveugle. Un questionnaire a été élaboré et appliqué à la fin du séjour dans l'unité.

Participants : les 23 patients ont été inclus de manière prospective. Ils ont été appariés en se basant sur le sexe, l'âge et la surface corporelle brûlée.

Résultats : les résultats montrent qu'un protocole de la gestion de la douleur incluant l'hypnose réduit l'anxiété et l'exposition à la douleur du patient, diminuent les besoins d'opioïdes et d'anesthésie générale, en diminuant aussi la durée de l'hospitalisation et les coûts. L'anxiété était aussi réduite avant la réalisation des soins. La cicatrisation des plaies a été également, améliorée.

Conclusion : un changement dans la gestion de la douleur, en incluant l'hypnose chez les patients brûlés, s'avère efficace dans le contrôle de la douleur, la gestion des

opioïdes, la réduction des besoins en anesthésie, la réduction de l'anxiété, la perception des soins pour les patients ainsi que l'amélioration de la cicatrisation des plaies.

Nous allons voir maintenant quelques repères éthiques qui nous aideront à mieux comprendre le positionnement des participants dans nos études.

1.4. L'ÉTHIQUE DANS LES SOINS

L'éthique est un repère central dans la pratique des professionnels de santé comme le Nord l'est à la boussole. « *Elle se définit comme l'identification, l'analyse et la résolution des problèmes éthiques qui surviennent, tant dans les sens directs* (Jonsen, Siegler & Winslade, 1998. Cité par Saint Arnaud, 2009, p. 15) *que dans la recherche, l'enseignement ou la gestion dans le domaine de la santé* » (Saint-Arnaud, 2009, p. 15). Elle s'adresse à tous les professionnels de santé, qu'ils soient médecin, psychologue, infirmière, aide-soignant ou autre et cela dans n'importe quel lieu d'exercice professionnel. Cependant, ici, nous allons nous centrer sur la profession d'infirmière.

Le mot infirmier trouve son origine au XIII^e siècle, « *enfermier* », mais c'est fin XIX^e siècle que celui-ci sera officiellement adopté (Giesberger, 1992. Cité par Cognet, 2010) « *infirmier* » Le 27 juin 1922, le titre d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) français est promulgué par décret, en donnant à la profession infirmière « *une reconnaissance officielle* » (Magnon, 2010, p.112). Mais ce ne sera qu'en 1978, lors de la réforme du 31 mai, que le « *rôle propre* » (Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les Art. L. 473). C'est dans cette même réforme qu'apparaît la définition de la profession d'infirmier :

« est considéré comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. »
(Décret n°93-221 du 16 février 1993)

La profession d'infirmier demeure de par son évolution une profession qui doit « *faire preuve de connaissances toujours renouvelées, de compétences nouvelles à acquérir, au fur et à mesure que se diversifient les disciplines [et les aspects juridiques et déontologiques] utiles aux soins infirmiers* » (Magnon, 2010, p.158). D'un point de vue plus pratique, l'infirmier mobilise les connaissances théoriques dont il dispose pour les mettre au service du patient, mais la relation de soin est traversée par des conflits (éthiques ou moraux) qui

vont forger son identité professionnelle. « *Les soignants sont ceux qui, par leurs connaissances, leur expérience et leurs approches développées dans leurs disciplines respectives, visent à maintenir ou à rétablir cet équilibre en collaboration avec les soignés* » (Saint-Arnaud, 2009, p.1).

C'est dans l'échange permanent auprès de l'équipe que l'infirmier engagé doit trouver son juste équilibre et c'est parce qu'il est engagé qu'il se doit d'être un « *soignant réflexif* ». La dimension éthique est au centre de toute posture réflexive. Elle se vit au quotidien, dans la façon dont les infirmières font vivre leurs valeurs au cœur de la relation de soin. L'éthique désigne alors une réflexion critique sur les règles de comportement (ici règles professionnelles). Il est donc pertinent d'explorer la place de l'éthique dans les soins.

1.4.1. Les soins infirmiers : du soin à l'éthique au cœur de la relation de soin

En langage courant, le soin est « *l'acte par lequel on soigne* » (Legrain & Rey-Devobe, 1996, p. 1787). C'est « *prendre soin de quelqu'un, c'est s'occuper de son bien-être, avec prévenance* » (Poitier, 2005, p. 307). Soigner c'est donc « *apporter du soin* » (Legrain & Rey-Devobe, 1996, p. 1787), mais c'est aussi « *s'occuper de rétablir la santé* » (Legrain & Rey-Devobe, 1996, p. 1787). Le soin ne se limite pas au corps de la personne malade, il englobe tout son environnement social, psychologique et spirituel. Chaque personne soignée est unique et singulière. Elle dispose de croyances et de valeurs qui lui sont propres et qui vont influencer la façon dont elle perçoit et vit ses expériences de vie et de santé. Le soigné est aussi la « *personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux institutions ou aux professionnels de santé* » (Poitier, 2005, p.208).

Pour Hesbeen prendre soin « *désigne cette situation particulière qu'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à sa santé, de promouvoir sa santé* » (2010, p. 8). Ces auteurs conçoivent le soin comme étant singuliers, car un soin ne ressemblera jamais à celui dispensé à une autre personne.

Le soin est donc une relation particulière entre deux personnes. Une relation est un « *lien existant entre des choses, des personnes* » (Jeuge-Maynard & Garnier, 2007, p. 871). C'est donc le « *rapport qui lie des personnes entre elles (...), lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque* » (ATILF). Au sens large du terme, la relation soignant-soigné est « *le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé* » (Poitier, 2005, p. 281).

Dans cette relation soignant-soigné, l'éthique est présente comme une éthique relationnelle (soignant-soigné). La dimension éthique du soin est devenue une composante importante de l'exercice infirmier. Les soins infirmiers sont donc des soins humanistes où le soignant doit avoir une « posture éthique ». Mais, pour Hesbeen (2010, p. 105), le « soignant » est « *l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission de prendre soin des personnes, quelle que soit la spécificité de leur métier* ».

L'éthique soignante au quotidien fait référence au savoir-faire et au savoir-être d'un soignant dans sa relation singulière avec le malade dont il prend soin. L'éthique soignante existe donc dans la relation à l'Autre et dans cette relation commence la responsabilité de ses actes. La responsabilité a été définie par le philosophe allemand Hans Jonas (2009, p. 156-167) comme « *le souci reconnu et accepté comme devoir de l'être autre que soi, souci qui se transforme en préoccupation lorsque la vulnérabilité de cet être est menacée* ». Ainsi, dans notre culture occidentale, la notion de responsabilité est associée à celle de faute, de sanction, de réparation. Les soignants ont l'obligation et le devoir de responsabilité, ils se limitent à faire et à parler de ce qu'ils savent (légitimité), cherchent à acquérir des compétences qui leur manquent et s'abstiennent de ce qui est au-dessus de leurs capacités et compétences. Dans un contexte de qualité dans les soins, les soignants évitent ainsi les erreurs et les fautes professionnelles liées au non-respect des principes qui sous-tendent les soins : hygiène, asepsie, économie, confort, traçabilité, ergonomie, respect...

Pour Levinas (2009), la responsabilité s'impose à nous, soignants. Ce philosophe contemporain du 20^e siècle, disciple de Martin Heidegger et d'Edmund Husserl, a amené à l'éthique ce qu'il appelle « *la théorie de l'autre et du visage* », issue de son expérience personnelle dans des camps nazis pendant la Seconde Guerre mondiale. Cette théorie met l'Autre au centre des préoccupations de l'individu. Pour lui, la morale se voit au travers du visage d'autrui, et le visage est le lieu originel de l'éthique. En effet, en regardant quelqu'un en face, je vois son absolue différence vis-à-vis de moi-même ainsi que sa faiblesse. Il s'agit de donner un sens à l'humain à partir de sa faiblesse, de la nudité de son visage, « *nudité qui crie son étrangeté au monde, sa solitude, la mort, dissimulée dans son être* » (Levinas, 1995, préface). Ainsi, dans les soins, notamment auprès des personnes vulnérables et en solitude, nous nous posons la question : quelle reconnaissance de l'humain voit-on dans leurs visages, parfois méconnaissables jusqu'à leurs propres yeux ? En effet, le regard de la personne en souffrance lors des soins est double. D'une part nous retrouvons la sagesse, le respect, l'expérience de la vie, l'accomplissement... et, d'autre part, symboliquement le naufrage, la crainte, la maladie,

la dépendance, la démence... Par ailleurs, si l'humain a un sens, il se trouve dans l'appel que lance le visage de l'Autre, et notre responsabilité est d'agir de la meilleure manière possible (principe de bienfaisance). Ainsi, les soignants ont l'obligation éthique d'accueillir tout individu tel qu'il est, en respectant sa manière de penser et d'être au monde, en fonction de la réalité qui lui est propre et différente de celle des autres (principe d'autonomie), par ses valeurs, ses origines, sa religion, sa culture, ses opinions, ses croyances et ses habitudes. Et cela, quel que soit son état physique, mental, émotionnel, cognitif et son âge (principe de justice). Mais aussi, quelle que soit l'organisation des établissements de soins (principe de non-malfaisance).

En conclusion, l'éthique va bien au-delà de l'application de simples principes ou protocoles de soins. Le prendre soin du patient est non seulement un questionnement permanent, mais c'est aussi assumer la responsabilité de ses actes. La responsabilité précède l'engagement et celui-ci s'inscrit dans une dynamique d'action. Dans l'action nous, soignants, prenons des décisions rapides adaptées à la situation de soins, non sans être limités et/ou confrontés à l'incertitude. Pouvons-nous affirmer que le soin, c'est l'éthique elle-même ? Nos connaissances infirmières reconstruites en situation nous permettront de mettre en place des actions, autrement dit des savoir-faire face à des situations complexes de soins, tandis que les analyses issues de ces situations orienteront nos modes d'agir dans ces différentes situations. C'est donc la singularité de la situation qui va nous dire comment les principes éthiques doivent être interprétés.

1.4.2. L'éthique dans les soins : approche par principes bioéthiques

C'est cette approche qui a inspiré notre recherche. Les principes éthiques de Beauchamp et Childress (2001, 2013), le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, sont devenus de nos jours des principes moraux qui structurent notre réflexion éthique. Ces principes fondamentaux ont été relevés pour aider tous les professionnels (Beauchamp & Childress, 2001) dont les psychologues (Kitchener, 1984) et les infirmières. Avant de développer ces principes, nous précisons l'origine du mot éthique. Celui-ci vient du grec « éthikos » et du latin « ethicus », morale et du grec « éthé », les mœurs (habitudes). La morale, est un mot emprunté au latin, « mores », les coutumes. L'éthique peut se définir comme la « *science qui traite des*

principes régulateurs de l'action et de la conduite morale » (ATILF). L'éthique définit les concepts et caractéristiques qui sous-tendent la morale alors que la morale est un ensemble de normes et règles adoptées par les personnes ou les sociétés. Elle a un caractère universel et irréductible. En effet, l'éthique vise à s'interroger sur l'humain, les finalités et les valeurs de l'existence, les notions de bien et de mal. Elle a une dimension plus pratique, en fonction de la société à laquelle elle se réfère.

L'éthique a pour objectif de faire des théories de ce que nous considérons être des conduites raisonnables. En soins infirmiers, deux types de théories éthiques sont utilisées pour caractériser la pratique : **la kantienne et l'utilitariste**. Elles s'inspirent de la philosophie morale et ont été largement discutées par ces auteurs, qui avaient des préférences différentes. Ainsi, Childress (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), pensait que l'approche déontologique kantienne fondée sur le respect des lois et des normes (Beauchamp et Bowie, 2001. Cité par Fischer, 2004) était préférable à toute approche utilitariste, où le **but** fondamental des comportements humains est de rechercher le plaisir et de fuir la douleur (Beauchamp et Childress, 2001. Cité par Fischer, 2004). Prenons l'exemple d'une infirmière qui doit décider quoi faire en réponse à la douleur présentée par l'un de ses patients, problématique de notre recherche. Elle pourrait utiliser une **approche déontologique** et dire que le patient doit absolument être soulagé. Pour elle, effectivement, soulager la douleur est un devoir qui doit être respecté en tout temps, en toutes situations et pour tous les patients. Les infirmières doivent respecter les droits de leurs patients et ces droits sont considérés comme universels. Ce « **principe d'universalisation** » se rapproche de la conception kantienne de « l'agir moral ». C'est le principe qu'il qualifie d'impératif catégorique : *« agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen »* (Theis, 2005, p.4 ; Kant & Delbos, 1993, p. 105).

L'infirmière pourrait également prendre une approche plus utilitaire et évaluer les conséquences de l'action qu'elle mettra en place afin d'obtenir le meilleur résultat, et cela pour le plus grand nombre des patients. Cette approche, issue du mouvement téléologique et fondée sur la réflexion socratique, pose au niveau pragmatique la question du « pourquoi ». Dans les soins, en réponse à une prescription médicale en si besoin, pourquoi l'infirmière décide de soulager ou de ne pas soulager la douleur de ses patients ? Pourquoi applique-t-elle une prescription médicale pour un patient alors que pour un autre elle la refuse ? Pourquoi propose-t-elle une technique d'hypnose en

complément d'un traitement antalgique pour un patient alors que pour un autre c'est en substitution de l'antalgique ?

En conclusion, les acteurs du monde des soins manifestent de plus en plus un intérêt pour les questions éthiques. Le processus de décision éthique dans les soins implique que les professionnels, qu'ils soient médecins, psychologues ou infirmières, tiennent compte des principes éthiques comme guides pour la conduite à suivre.

Nous développerons maintenant, par la suite, très brièvement les principes éthiques, dont l'importance morale est égale (Beauchamp & Childress, 2001, 2013 ; Saint-Arnaud, 2009). Cependant, en pratique cela dépendra des situations singulières rencontrées.

1.4.2.1. Principe d'Autonomie

Gillon (1985) affirmait que ce principe deviendrait l'un de plus importants dans l'éthique médicale. Son respect, pour eux, passe par le respect de l'autonomie des soignants, les « *agents* » et des patients. Dans le cas des médecins, des psychologues et des infirmières, ils ont tous un rôle qui est leur propre et qui s'inscrit dans le cadre de leurs obligations, dictées par les Codes Déontologiques respectifs. Pour ce qui est des infirmières, elles ont un rôle prescrit, l'application des prescriptions médicales, où elles ont une marge de liberté, par exemple dans les prescriptions médicales anticipées aussi appelées « si besoin ». Concernant l'autonomie du patient, Sartre promulguait déjà ce principe en affirmant que tous les individus sont des êtres conscients et qui ont la possibilité de choix. Ce choix se fait donc de façon autonome. Respecter la personne en tant qu'être autonome c'est respecter ses choix ce qui passe par la politesse et par l'écoute active dans la dimension relationnelle du soin. Les professionnels doivent tenir compte de ce que le patient est, avec son vécu et ses valeurs. Le non-respect de l'autonomie, c'est donc l'ignorer, ignorer ses souhaits, son passé et ce qu'il est. Dans les soins, ne pas respecter le choix du patient qui appelle l'infirmière pour demander un antidouleur, c'est ne pas respecter ce qu'il est. Selon Kant (1993), ne pas respecter ce principe, c'est traiter la personne comme un moyen et non comme une fin. Pour John Stuart Mill (Béal, 2012), philosophe utilitariste, c'est interférer avec ses choix.

Le principe du respect de l'autonomie est universel. Penser à l'autonomie c'est penser au respect des capacités de décision des personnes qui sont autonomes (Beauchamps & Childress, 2001, 2013). C'est respecter la liberté des individus sans empiéter les droits des autres. « *Dans la mesure du possible* (les médecins, les infirmières et) *les*

psychologues doivent traiter (...) les patients comme des (personnes) autonomes et indépendants qui peuvent participer en tant que partenaires à part entière dans la détermination des objectifs de traitement et des méthodes » (Knapp & Vandecreek, 2004) ce qui est aussi conforme à la Loi du 4 mars 2002. En effet, cette Loi met le patient au centre du soin. Cependant, pour cela, il faut qu'il soit en capacité de prendre des décisions éclairées le concernant. Les professionnels, lors des soins, doivent donc chercher le « consentement éclairé » de la personne soignée, et ils doivent aussi être compétents pour l'informer et répondre à ses questions, avant la réalisation du soin, et à sa demande. De même, ils doivent vérifier sa compréhension. La notion de consentement éclairé a été empruntée à la Bioéthique, créée pour protéger les personnes dans les recherches scientifiques et médicales en lien avec l'humain.

Les professionnels (médecins, infirmières, psychologues) ne doivent pas imposer leurs points de vue à leurs patients. A contrario, ils ont l'obligation de présenter les différentes options disponibles afin d'éclairer leur choix. Le patient aurait donc la liberté de décision, l'autonomie cognitive, auparavant nommée autonomie de pensée (Gillon & Lloyd, 1994). Dans le cas où la personne n'a pas ou n'a plus les capacités d'autonomie cognitive, c'est alors le tuteur et/ou la personne de confiance et/ou la famille qui doivent décider pour elle. Cependant, ils ne peuvent pas « *refuser que la douleur du (...) (patient) soit soulagée, ni exiger des traitements jugés inappropriés par l'équipe de soins* » (Saint-Arnaud, 2009, p. 246). En effet, les professionnels de santé ont pour objectif le bien-être de leurs patients. De ce fait, leurs comportements et leurs actions ne sont éthiquement pas neutres, mais se situent dans le chemin de la bientraitance (Saint-Arnaud, 2009).

1.4.2.2. Principe de bienfaisance

La bienfaisance est l'obligation « *d'offrir des avantages et d'équilibrer les avantages et les risques* » (Beauchamp & Childress, 2001). Nous avons l'obligation éthique de réfléchir sur ce qu'est un soin au bénéfice des patients. La question est de savoir si notre positionnement dans les soins est compatible avec le principe de bienfaisance ou s'il y a des désavantages pour les patients. Est-ce que nous prenons les bonnes décisions ? Mais, quand un problème éthique se présente, nous avons le devoir moral de « *ne pas tuer* » (Kant & Delbos, 1993) les patients. En effet, en cas de conflit éthique dans les soins, la protection de la vie est prioritaire. Cependant, en pratique, cet impératif catégorique peut être discuté notamment dans des situations de prolongation de la vie. Mais, ceci n'est pas la problématique qui nous occupe dans la présente étude.

Pour Beauchamp et Childress (2001, 2013), la bienveillance est la qualité de faire le bien, de poser des actions positives pour les autres. C'est un devoir éthique pour « *aider les autres à poursuivre leurs intérêts légitimes et importants* » (Beauchamp & Childress, 2001, p. 148). La bienveillance est donc l'obligation morale d'agir pour l'intérêt majeur des autres. Dans le champ des soins, nous pouvons parler d'aider à promouvoir le bien-être des autres (Knapp & VanderCreek, 2004 ; Beauchamp & Childress, 2001, p. 165). Cela veut dire promouvoir la santé physique ou psychologique des patients (Knapp & VanderCreek, 2004). En effet, tant les psychologues que les infirmières ou les médecins ont une obligation de mettre en œuvre des services et des soins adaptés à la situation singulière de leurs patients, afin de les aider et d'améliorer leur santé physique et psychologique.

Le principe de bienveillance peut être alors appliqué lorsque le personnel soignant est confronté à des problèmes éthiques en lien avec la prise en charge de la douleur. Elle renvoie à une action réalisée au bénéfice du patient. Elle se différencie de la non-malfaisance.

1.4.2.3. Principe de non-malfaisance

La non-malfaisance est « *l'obligation d'éviter de causer des dommages à autrui* » (Beauchamp & Childress, 2001). Tous les professionnels s'attachent à mettre en œuvre ce principe moral lorsqu'ils s'efforcent de ne pas faire de mal à leurs patients. Dans les soins, ce sont les médecins les premiers qui ont appliqué ce principe. En effet, ils doivent prêter le serment d'Hippocrate pour pouvoir exercer. Ce médecin et philosophe de l'antiquité, avait déjà considéré ce principe : « *Primum non Nocere* » qui, littéralement, signifie « *par-dessus tout, ne pas nuire* » ou ne pas infliger un préjudice intentionnellement.

Bienveillance et non-malfaisance fonctionnent ensemble, cependant « faire du bien » n'est pas équivalent à « ne pas faire de mal ». Ce dernier précepte a moralement plus de contraintes (Saint Arnaud, 2009). C'est-à-dire que la bienveillance demande de prendre des mesures pour aider le patient à prévenir de la survenue de dommages et préjudices (la gestion des risques), alors que la non-malfaisance exige de s'abstenir intentionnellement de causer un dommage. Ainsi par exemple, le préjudice moral occasionné par l'application de protocoles antalgiques en postopératoire immédiat pour un patient à risque, iatrogénique notamment, s'efface devant le bénéfice collectif de la mise en œuvre des protocoles antalgiques pour tous les patients (Coussin, 2012),

ainsi que devant le bénéfice pour l'établissement de santé, entre autres le coût financier que peuvent supposer des traitements hors protocole. Il y a ainsi une différence entre ici, l'idée d'intention de nuire et d'entraîner un préjudice. C'est le cas par exemple du double effet du médicament (iatrogène médicamenteuse) : soulager la douleur, mais entraîner des complications chez une personne, par exemple vulnérable, comme un enfant ou une personne âgée. Dans ce cas-là, le médicament prescrit augmente les complications (fatigue, vomissements, constipation...), qui peuvent aller jusqu'à des situations d'urgence vitale (Lee et al., 2015). Ces effets secondaires vont être mis dans la balance bénéfice-risque et, probablement, vont obliger les infirmières à prévenir le médecin, et celui-ci à changer le traitement. La médication choisie doit donc apporter un maximum de bénéfice au patient, avec le moins d'effets secondaires.

1.4.2.4. Principe de justice

Parler du principe de justice dans les soins, c'est penser tout d'abord, en termes de santé publique, aux inégalités d'accès aux soins ou de la répartition équitable de médecins et infirmières libéraux qui desservent les zones rurales. En effet, le terme de justice fait référence à la distribution des ressources, ici dans le champ de la santé, dans une perspective collective, alors que l'équité fait référence au souci de la personne dans l'individualité et en relation au collectif.

Le principe moral de justice est « *la répartition d'équité dans la répartition des avantages et risques* » (Beauchamps & Childress, 2001). C'est donc un terme qui, du point de vue éthique, renvoie à l'équité, à l'égalité de traitement. Les professionnels de santé, dont les médecins, les psychologues et les infirmières, ont l'obligation de traiter tous les patients de façon équitable, et de s'abstenir de la discrimination contre des personnes en raison de leur race, leur religion, leur origine, leur orientation sexuelle, ou d'autres facteurs (Knapp & VanderCreek, 2004).

Illustrons ce principe avec un exemple issu des soins. Imaginons un patient âgé qui a fait une embolie pulmonaire après une chirurgie et, en conséquence, entre autres symptômes, il est très algique. Le médecin peut décider, en raison de son âge, de sa pathologie, ou d'autres facteurs, de traiter sa douleur et, en plus, le transférer dans une unité de soins intensifs pour être suivi de plus près, ou décider de le soulager en le laissant dans le service de chirurgie. Le premier choix sera probablement plus acceptable pour la famille alors que le deuxième probablement non, avec un sentiment d'injustice dans le traitement du patient. Ainsi, nous pouvons nous demander quelles seront les répercussions de nos décisions dans les situations des soins, non seulement

pour le patient, mais aussi pour la famille ou l'entourage, en général ? En tant que soignant, notre rôle dans la prise de décisions au sujet de la justice peut-il impliquer de poursuivre des objectifs de soins ou d'accomplir des actions qui sont moralement incompatibles ?

1.4.3. L'éthique dans les soins : approche déontologique

Les principes de Beauchamp & Childress (2001, 2013) sont suffisants pour guider notre conduite. Cependant, « *il existe des situations où des précisions supplémentaires sont nécessaires. Ces situations concernent, notamment, les pratiques professionnelles* » (Blondeau, 2014, p. 11). C'est alors la déontologie qui dicte les codes de bonne conduite, à l'exercice de la profession. « *La déontologie, c'est en quelque sorte une éthique de l'obligation, une éthique du devoir* » (Blondeau, 2014, p. 11).

Les infirmières ou les médecins, « *dans l'ensemble de (...) (leurs) activités, (...) sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel* » (Art. R. 4311-2 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002). C'est le Code de la Santé Publique qui dicte ces règles de bonne conduite. Cela dans le but de « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familiale ou sociale* » (Art. R. 4311-2 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002).

En ce qui concerne le soulagement de la douleur, un droit pour le patient et un devoir pour le médecin. L'Art. L. 1110-5 du CSP dispose que la douleur « *doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». En effet, le médecin, « *en toutes circonstances (...) doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* » (Art. R. 41271-37 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, précisé dans le Code Déontologique Médical). Les infirmières ont aussi une responsabilité professionnelle et éthique à travers les soins qu'elles prodiguent (Bell & Duffy, 2009, Denny & Guido, 2012 ; Pierce, Dalton & Duffey, 2001). Elles ont le devoir de :

- « *de dispenser des soins visant à soulager la douleur* ». Art R. 4312-19 du CSP, décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016) et cela « *dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique* » Art R. 4312-19 du CSP, Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016).

- « *de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (... et) de leur entourage* » (Art. R. 4311-2 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002).

Elles tiennent compte de l'évolution des sciences médicales et des comportements sociétaux ainsi que de « *la personnalité (des individus) dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* ». (Art. R. 4311-2 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002).

Dans leur rôle prescrit, l'Art. R. 4311-7 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, précise que :

« l'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin. (... elles peuvent poser) de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets (...) »

Ce rôle est important dans la prévention de la douleur, par exemple dans le cas de l'application de pansements anesthésiques cutanés. Mais surtout, dans la prise de décision pour l'application des prescriptions médicales et la mise en œuvre des protocoles de prise en charge de la douleur des patients. En effet, les infirmières ont le devoir :

- « (...) *de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles à l'initiative du ou des médecins prescripteurs (...)* » (Art. R. 4311-2 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002).
- « (...) *(d')adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers* » (Art. R. 4311-8 du CSP, Décret n° 2002-194 du 11 février 2002).

1.4.4. Études portant sur l'éthique dans les soins

Malgré les critiques reçues par les recherches sur les principes éthiques, ils sont encore d'actualité, tant d'un point de vue empirique que dans la littérature scientifique. Nous présenterons trois études empiriques en lien avec les principes éthiques. Dans le chapitre suivant du présent travail, nous avancerons d'autres travaux.

1.4.4.1. L'étude de Van Thiel & Van Delden (2001)

But : développer un autre concept d'autonomie dans le contexte des soins infirmiers, en comprenant les jugements moraux des infirmières et des médecins, travaillant en services de soins de longue durée. Dans ce contexte particulier, étant donné la dépendance et la vulnérabilité des patients, le concept du respect de l'autonomie comme élément de base pour de bonnes pratiques de soins n'est plus satisfaisant.

Méthode : les chercheurs ont utilisé 10 vignettes. Chacune d'elles présentait quatre options à choisir, sur la base de quatre approches, précisant le respect du principe d'autonomie : (1) le patient est indépendant et libre de faire ses propres choix, jusqu'à que sa dépendance soit évidente. Ceci impliquait que les soignants n'intervenaient pas dans la vie du patient ; (2) le patient est libre de faire ses propres choix, mais avec un regard attentif des soignants ; (3) les soignants décident sur les normes et valeurs qui sont importantes dans la vie du patient et (4) les soignants et les patients décident, sur la base d'une relation et une attitude bienveillante, sur le projet de vie du patient. Les variables étudiées étaient : la compétence du patient (autonome vs dépendant), la demande du patient (oui vs non), le bénéfice pour le patient tant de la situation que de la demande (oui vs non) et la charge de travail (élevée vs normale). Les participants ont choisi l'option qui reflétait le mieux leurs idées en lien avec le principe d'autonomie, dans leur pratique quotidienne. La question était, d'une part de savoir sur quel point de vue général se positionnaient les soignants, s'ils avaient eu à se décider sur l'un des points de vue. D'autre part, il s'agissait également de comprendre, en situations particulières, quelle approche ils préféraient.

Participants : l'échantillon était composé de 94 infirmières et de 31 médecins travaillant en 50 établissements de soins de longue durée (SLS) dont la spécialité était la médecine et la psychogériatrie. Le choix des établissements a été effectué aléatoirement parmi 190. L'expérience professionnelle des participants variait entre trois mois et 20 ans.

Résultats : après une analyse de régression logistique multivariée et le calcul du pourcentage de la valeur prédictive de combinaison de variables, ont montré que le concept des bonnes pratiques dans les soins n'a pas une influence significative sur le choix de certaines approches en situations particulières. Les participants ont une opinion différente quant au respect de l'autonomie dans des circonstances spécifiques. Ainsi, le jugement moral des participants est effectué en fonction des différentes conditions et/ou situations rencontrées. Il n'y a pas de différence significative dans les jugements

moraux entre les hommes et les femmes, entre médecins et infirmières, quels que soient l'âge et les années d'expérience.

Conclusion : les infirmières donnent un poids important au principe du respect de l'autonomie, alors qu'en pratique, elles sont en difficulté pour répondre aux critères visant à la respecter. Tant pour les médecins que pour les infirmières, raisonner avec les patients au sujet de leurs souhaits et besoins, ainsi que prendre en compte leur histoire et leurs habitudes de vie, dans le but d'établir un projet de vie, est une bonne attitude.

1.4.4.2. L'Étude de Page (2012)

But : deux objectifs, d'une part, d'évaluer les principes de l'éthique médicale, et d'autre part, de déterminer le classement de ces principes, utilisés dans la prise de décision éthique dans les scénarii proposés.

Méthode : la méthodologie a suivi les principes du processus de hiérarchie analytique (AHP) de Saaty (1980) afin de déterminer l'importance relative que les participants de l'Université de Queensland, en Australie, donnent aux principes éthiques étudiés. Les quatre principes proposés par Beauchamp et Childress (2001, 2013) ont été étudiés, auxquels les chercheurs ont rajouté deux autres principes, le respect de la confidentialité et de la vérité, intégrés dans le principe d'autonomie (Beauchamp et Childress, 2001, 2013). Ces principes éthiques ont été mis en conflit dans les quatre scénarii proposés. Un scénario concerne les questions de propriété, d'autonomie et de la vie privée. Deux scénarii, concernent la confidentialité et la fin de vie. Et, enfin le quatrième, concerne une transfusion de sang pour un enfant de Témoins de Jéhovah. Au total, 15 paires d'énoncés ont été formalisées, obligeant les sujets à choisir entre les principes éthiques qui sont en conflit. Les participants ont répondu aux deux questions posées, la première, « *comment cette action est-elle éthique ?* », et la deuxième, concernant leurs intentions d'agir de la même manière s'ils étaient dans la même situation. Ils ont répondu, pour chaque question, sur une échelle de Likert à 7 points.

Participants : 94 étudiants en psychologie de l'Université de Queensland, en Australie, 65 femmes et 29 hommes âgés entre 17 et 58 ans, ont participé à cette étude.

Résultats : ils montrent qu'il n'y a pas de corrélations significatives entre les jugements éthiques des participants pour les quatre scénarii et les principes d'éthique présentés, ce qui exclut toute possibilité de prédire des comportements. En moyenne, les participants ont une préférence significative pour le principe de « non-malfaisance », son poids est deux fois plus important que celui des autres principes. Cependant, cette

préférence ne semble pas se rapporter à des jugements appliqués dans des dilemmes éthiques. Le principe de justice est également considéré comme très important pour 50% des participants. Dire la vérité et respecter la confidentialité sont les principes les moins importants.

Conclusion : les participants déclarent la valeur des principes présentés. Cependant, ils ne les prennent pas en compte dans leurs processus de décision utilisés dans les scénarii présentés. Cette conclusion, chez les futurs psychologues, ne diffère pas de l'étude réalisée par Van Thiel et Van Delden, en 2007 chez les infirmières, où elles étaient en difficulté pour répondre aux critères visant à respecter le principe d'autonomie, alors qu'elles lui accordaient une haute importance. Pour les auteurs, la limite de cette méthodologie est précisément l'absence d'un modèle comportemental expliquant, au niveau cognitif, comment les participants combinent le poids des différents principes dans leur prise de décision.

1.4.4.3. L'étude de Leuter, La Cerra, Calisse, Dosa, Petrucci & Lancia (2017)

But : analyser les connaissances des infirmières et des médecins, dans le domaine éthique ainsi que leur expérience et leur propension à utiliser des consultations d'éthique.

Méthode : les participants ont rempli un questionnaire semi-structuré de 21 items repartis en quatre volets : (1) caractéristiques démographiques et profession des participants; (2) connaissances dans le domaine de l'éthique (mesurés par l'auto-perception, la formation spécifique d'approfondissement de l'éthique et les connaissances découlant de l'expérience lors des activités cliniques); (3) expérience des questions d'éthique (mesuré par plusieurs situations de soins avec des options de réponse entre « 0 » (jamais) et « 3 » (souvent) et un score total de 0 à 30) et enfin (4) propension à demander des consultations d'éthique (mesuré par le besoin dans leur pratique par le passé et la disponibilité des consultations d'éthique sur leurs lieux de travail).

Participants : 351 infirmières et 128 médecins dans quatre hôpitaux italiens ont participé à l'étude.

Résultats : en ce qui concerne les caractéristiques démographiques, les femmes étaient plus nombreuses parmi les infirmières et chez les médecins, le groupe plus âgé était davantage représenté. La répartition selon l'unité de travail et l'expérience professionnelle était assez homogène dans les deux groupes. Les infirmières avaient un meilleur jugement sur leurs propres connaissances que les médecins alors que ceux-ci

avaient déclaré plus de formations approfondies sur l'éthique. En ce qui concerne l'expérience des questions éthiques, plusieurs situations ont été dégagées (aide au patient au refus du traitement, effectuer des traitements disproportionnés, désaccord avec la famille...). Des différences entre infirmières et médecins ont été constatées, les médecins trouvaient plus souvent les ressources pour résoudre les problèmes relationnels avec les patients et leur famille que les infirmières. Ils sont, selon les auteurs, les interlocuteurs privilégiés pour la famille du patient.

Conclusion : les problèmes éthiques que les infirmières et les médecins rencontrent dans les soins sont une expression du conflit entre leurs valeurs éthiques et, à la fois, les droits des patients et leurs attentes ainsi que leurs obligations envers l'organisation.

1.4.4.4. Étude de Slovackova & Slovacek (2007)

But : (1) créer une version tchèque et slovaque, du questionnaire allemand (version Lind et al, 1985) pour mesurer la compétence de jugement moral et les attitudes morales (Test de jugement moral) et son application à une situation ; (2) évaluer les compétences en jugement moral et attitudes morales des étudiants en médecine, dans le cadre de leurs études en premier cycle ; (3) comparer les jugements en fonction des semestres ; (4) comparer les jugements entre les Tchèques, les Slovaques et les étrangers (ni Tchèques ni Slovaques).

Méthode : enquête transversale et descriptive. Le test présentait différents niveaux de jugement moral à partir de deux dilemmes ainsi que des arguments positifs et négatifs, en favorisant certains types de comportements. Il évalue la cohérence entre les différents arguments et la structure des jugements moraux. Chaque dilemme présentait une situation problématique (l'une sur un professionnel de santé et l'autre sur un médecin) sous forme d'une histoire, suivie par 12 arguments (6 pour et 6 contre). Les participants ont, d'abord répondu s'ils sont d'accord ou non avec le comportement, puis sur une échelle, ils ont noté le degré d'acceptabilité. Une fiche de renseignements a aussi été remplie : âge, sexe, nationalité et religion

Participants : 380 étudiants de médecine générale (280 Tchèques et 30 Slovaques [147 hommes et 163 femmes]; 70 étrangers [41 hommes et 29 femmes]), âgés entre 18 et 26 ans.

Résultats : après une analyse multivariée de variance avec $p < ,05$. (1) la compétence de jugement moral chez les Tchèques et Slovaque a diminué significativement au fil des années d'études. Le niveau était plus élevé pour les étudiants qui n'avaient assisté qu'à quelques semestres. Cependant les attitudes morales ne changeaient pas. (2) les

différences de jugement moral en fonction du sexe n'ont pas été démontrées. (3) Pas plus que l'influence de la religion ou de la nationalité.

Conclusion : le comportement influe positivement sur le jugement moral même si l'éthique est enseignée seulement par la transmission des connaissances déontologiques et la pertinence des Lois. Sur la base des résultats, des changements importants ont été faits dans la formation des médecins, en travaillant davantage la discussion de dilemmes moraux dans l'enseignement de l'éthique.

1.4.4.5. L'étude de Kim, Park & Han (2007)

But : déterminer les différences de jugement moral idéaliste et réaliste entre les étudiants en soins infirmiers et les infirmières qualifiées et identifier les facteurs affectant ces jugements dans la prise de décisions des infirmières qualifiées.

Méthode : étude longitudinale. Un questionnaire portant sur le jugement dans les décisions de soins infirmières (version coréenne développée par Kim, 1999), a été présenté aux participants. Il est composé des comportements idéaux lorsqu'il n'y a pas des restrictions dans l'organisation et des comportements réalistes que les infirmières devraient avoir en fonction des restrictions. Les 6 situations présentées impliquaient des dilemmes sur les comportements idéaux (l'infirmière doit faire ou ne pas faire quelque chose) ou réels (l'infirmière est susceptible de faire ou pas faire quelque chose), avec un total de 39 questions sur : (1) protection d'un patient ; (2) non-sincérité entre médecin et patient ; (3) conflit d'intérêt patient-infirmière (faire une autopsie dans l'intérêt du progrès médical) ; (4) offrir un médicament en essai clinique ; (5) pénurie de personnels infirmiers et qualité des soins et enfin (6) traitements chez un patient en phase terminale. Les critères pour fonder la pertinence d'un jugement sont basés sur les codes de déontologie du Conseil international des infirmières et l'American Nurses Association.

Participants : 100 étudiants et 80 infirmières ont participé.

Résultats : (1) les infirmières qualifiées avaient un jugement moral idéaliste significativement plus élevé que les étudiants en soins infirmiers ; (2) les infirmières qualifiées avaient, en général, des jugements moraux idéalistes et réalistes plus élevés que quand elles étaient étudiantes ; (3) concernant la recherche médicale, les infirmières qualifiées avaient des scores plus bas que lorsqu'elles étaient étudiantes. Cependant, elles portent une attention particulière aux droits des patients et au consentement éclairé ; (4) le

niveau économique entraîne de différences dans le jugement moral idéaliste. Aucun autre facteur n'était pas statistiquement significatif.

Conclusion : dans la pratique, pour prendre de bonnes décisions, les infirmières ont besoin des jugements moraux réalistes basés sur des jugements moraux idéalistes, eux-mêmes fondés sur des droits et des devoirs. Cependant, leur expérience professionnelle a une influence sur leurs jugements moraux (idéalistes et réalistes), ce qui facilite leurs prises de décision. Les auteurs ont conclu qu'il est nécessaire d'offrir plus d'enseignements centrés sur l'éthique, et qu'un environnement qui donne l'occasion de participer en groupe à la prise de décision partagée et à la prise de responsabilité dans les conséquences des actions tend à faciliter le jugement moral.

1.4.4.6. L'étude de Gaudine, LeFort, Lamb & Thorne (2011)

But : évaluer les conflits d'éthique organisationnelle que les médecins et les infirmières ont rencontrés lors de leurs pratiques ainsi que leurs perceptions des obstacles et des facilitateurs.

Méthode : étude descriptive qualitative qui s'inscrit dans un projet dans lequel les auteurs évaluent la structure, la fonction et les résultats des comités d'éthique de quatre hôpitaux canadiens. Un guide d'entretien semi-directif a été utilisé. Les entretiens ont duré 1h et ont été enregistrés et retranscrits. Une analyse de contenu a ensuite été effectuée.

Participants : 34 infirmières dont 10 cadres de santé et 31 médecins, travaillant en médecine ; chirurgie, oncologie, soins intensifs, urgences, psychiatrie... Ils ont été choisis dans un premier temps, par commodité, puis en boule de neige. Ils ont donné leur consentement par écrit.

Résultats : 5 thèmes de conflit éthique commun aux infirmières et aux médecins ont été identifiés (le manque de respect pour les professionnels, l'insuffisance des ressources rares ou les impacts sur la vie au travail et les soins aux patients, différentes pratiques organisationnelles avec lesquelles les professionnels ne sont pas en accord, pas de réaction de la part de l'administration face à un problème (fermer les yeux) et manque de transparence ou d'ouverture de l'organisation). Un thème spécifique aux infirmières (manque d'investissement dans le développement professionnel des infirmières) et un autre spécifique aux médecins (manque de mesures préventives).

Conclusion : Tous les conflits portent sur un thème central : le respect pour les fournisseurs et les bénéficiaires des soins. Les auteurs suggèrent aux administrateurs d'établir des plans pour atténuer les sources de conflit éthique, en particulier en lien avec les ressources limitées.

1.4.4.7. L'étude de Horntvedt, Romoren & Solvoll (2014)

But : identifier les problèmes éthiques rencontrés par les infirmières dans les situations liées à l'administration des liquides intraveineux et/ou antibiotiques.

Méthode : étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs d'une durée de 52 à 85 minutes, enregistrés et retranscrits intégralement. Une analyse du contenu des 88 pages a été effectuée à partir d'une approche herméneutique. Un consentement éclairé écrit a été obtenu.

Participants : 26 infirmières expérimentées, travaillant en services de soins de suite et rééducation (soins de longue durée) et psychiatrie.

Résultats : ont mis en évidence des prises de décision difficiles sur la pression externe (interactions avec les patients et leurs proches et facteurs organisationnels) et la pression interne (vécu des infirmières de se sentir inadaptée dans des situations où il est difficile de protéger la dignité du patient). La pression externe était déclenchée dans des situations : (1) où la fonction cognitive du patient ou d'autres conditions n'étaient pas claires ou si le patient n'était pas en capacité de donner son consentement ; (2) la relation patient-famille était difficile : désaccords entre patient et famille sur l'opportunité de prendre le médicament, désaccords entre infirmières et famille au sujet de la gestion des soins.

Conclusion : la responsabilité de prendre soin des proches et l'importance d'une bonne collaboration ont été mises en évidence. De même, les auteurs ont rendu manifeste que les problèmes éthiques surgissent lors des situations de prise de décision.

1.4.4.8. L'étude de Rejeh, Ahmadi, Mohamadi & Kazemnejad (2009)

But : décrire les défis éthiques auxquels font face les infirmières iraniennes lors de la prestation de soins aux patients après intervention chirurgicale.

Méthode : étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-directifs, enregistrés et retranscrits. Une analyse de contenu avec codification et classement de données a été effectuée. Tous ont signé un consentement écrit.

Participants : 26 infirmières (24 femmes et 2 hommes), âgées de 23 à 50 ans, avec une expérience minimum de 2 ans dans des services de chirurgie (2 à 26 ans).

Résultats : ont mis en évidence trois catégories de difficultés éthiques : (1) les limitations institutionnelles (l'insuffisance des ressources et le droit à la vérité du patient - problèmes avec la hiérarchie médicale-) ; (2) l'implication dans la gestion de la douleur et la souffrance des patients (les infirmières plus expérimentées ont perdu leur sensibilité à la gestion de la douleur) et (3) faillibilités des infirmières (difficulté à accepter les plaintes et la douleur des patients en particulier lorsqu'ils demandaient plus de stupéfiants ou autres analgésiques, la douleur et la souffrance sont inhérentes à la chirurgie et aux conséquences des mauvaises décisions et des erreurs).

Conclusion : les infirmières sont au plus près de la souffrance des patients. Elles font face aux défis éthiques grâce à l'expérience.

**2. LA THÉORIE
FONCTIONNELLE DE LA
COGNITION DE NORMAN
ANDERSON**

2.1. LE JUGEMENT ÉTHIQUE : LE SENS DES MOTS

Le jugement est un concept complexe et polysémique. Il est difficile à définir, car c'est un mot très employé au quotidien, mais peu conceptualisé. Il est rattaché au concept d'évaluation. « *C'est une proposition évaluative qu'un observateur émet à propos d'une conduite, d'une performance, d'un trait... du sujet ou du groupe qu'il observe, ou qu'un sujet, dans une expérience psychologique, fournit sur un stimulus ou une situation* ». (Anzieu et al., 2009, p. 406).

Du point de vue de la psychologie cognitive, « *on appelle situation de jugement une situation dans laquelle une seule option est proposée et où il s'agit d'évaluer cette option* ». (Mullet et al., 1996, p. 532). C'est-à-dire, le jugement est le résultat de l'évaluation des attributs d'une unique option portant sur une situation, composée d'une ou plusieurs dimensions. Ce concept est souvent confondu avec le choix et la prise de décision. Ainsi, ces derniers se différencient du jugement dans le fait qu'ils partent de l'évaluation de deux ou plusieurs options possibles, composées elles-mêmes de plusieurs attributs identifiables et quantifiables, portant sur une situation. Ce qui veut dire que les processus de traitement de l'information mis en œuvre par l'individu sont différents.

Pour illustrer cette différence, dans notre première étude, le fait d'évaluer, par l'infirmière, le degré de douleur du patient, sur une échelle entre 0 et 10, où « 0 » correspond à l'absence de douleur et « 10 » à une douleur très importante, constitue un jugement de l'expression de la douleur. Alors que, par exemple, dans notre deuxième étude, le fait de se prononcer entre la proposition d'une séance d'hypnose lors d'un soin en plus d'un traitement médicamenteux et la proposition de considérer uniquement la séance d'hypnose en supprimant le traitement médicamenteux correspond à une opération de choix.

D'un point de vue épistémologique, nous pouvons différencier deux types de jugements, le jugement de faits et le jugement de valeur. Le jugement de faits implique une observation neutre et objective alors que le jugement de valeur, d'une conduite et non d'une personne, implique une appréciation subjective. C'est ce dernier type de jugement qui intéresse l'éthique.

Le jugement de valeur comporte un processus cognitif par lequel l'individu évalue une situation et émet son opinion. Cette démarche intellectuelle va lui permettre de choisir entre différents facteurs présents dans la situation, en réalisant une pondé-

ration. Lorsque l'individu évalue des stimuli issus de l'environnement, il va positionner un stimulus nouveau par rapport à des catégories cognitives déjà configurées. Il va donc organiser son champ perceptuel. L'individu exploite le principe de représentativité pour affecter des éléments à des catégories (Kahneman & Tversky, 1972 ; Tversky & Kahneman, 1974 ; Tversky, 1977). Ainsi, l'individu met en lien un facteur et sa valeur. Autrement dit, l'individu distingue ce qui est bien et ce qui est mal des différents facteurs ou scénarii proposés, dans lesquels il se projette. Ce qui est bien peut être décomposé alors en une multitude de valeurs, beauté, justice, honnêteté... Ce qui est mal peut être décomposé en valeurs opposées, laid, injustice, malhonnêteté... Dans l'absolu, il n'y a pas de bons ou de mauvais jugements, puisqu'il n'existe pas de critères universels permettant de décider de ce qui est bien et de ce qui est mal, et donc il n'existe ni bonnes ni mauvaises réponses. Nous ne pouvons qu'identifier la façon dont les individus peuvent réaliser leur jugement à partir de plusieurs informations ou facteurs.

Dans le cadre de nos études, le processus de jugement des infirmières autour de l'activité de soins met en jeu les relations entre les soignants, les prescriptions médicales et les stratégies de traitement par hypnose auxquelles elles ont affaire et leurs patients douloureux. Il s'agit alors de juger si le comportement ou la situation présentée est conforme ou non à l'éthique.

Nous allons présenter le cadre méthodologique de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition détaillée par Norman Henry Anderson (Anderson N.H., 1981, 1982, 1991a, 1996, 2008). Celle-ci apporte une aide qualitative à la décision et aux stratégies pour améliorer la prise de décision, permettant de retracer le cheminement cognitif des individus lors d'une prise de décision.

Nous détaillerons, dans un premier temps, les principes fondamentaux et les concepts qui sous-tendent cette théorie et dans un deuxième temps, nous l'illustrerons par divers exemples de recherches.

2.2. LA THÉORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION

La Théorie Fonctionnelle de la Cognition développée par N.H. Anderson (Anderson, 1981, 1982, 1991a, 1996, 2008) professeur de l'Université de Psychologie de Californie à San Diego, a servi de guide méthodologique à de nombreuses recherches dans le domaine de la psychologie, notamment la psychologie de la santé. En effet,

les psychologues, parmi d'autres scientifiques, ont contribué au développement de travaux de recherche, mettant en évidence l'utilité de cette théorie en tant que cadre théorique. Elle s'intéresse à la façon dont les individus peuvent réaliser leur jugement à partir de plusieurs informations. Elle permet donc de mesurer les jugements d'acceptabilité émis par les participants de l'étude confrontés à une situation donnée.

Le propos essentiel est de mettre en évidence les lois psychocognitives susceptibles de rendre compte du traitement et de l'intégration de l'information de plusieurs stimuli physiques, sociaux ou environnementaux. Elle permet de rendre visibles de manière quantitative les relations existantes entre stimulus et réponse. Cette théorie constitue un courant de recherche directement issu de la psychophysique.

Le cheminement cognitif que l'individu met en place n'est qu'un processus de traitement de l'information, où dans un premier temps, il sélectionne les informations ou stimuli, en fonction de la valeur subjective qu'il leur accorde. Dans un deuxième temps, l'individu transforme ces informations ou stimuli en réalisant différentes opérations algébriques, afin d'aboutir à une réponse ou d'émettre un jugement. Ce ne sont pas les stimuli qui sont au cœur des opérations algébriques cognitives, mais la valeur subjective que l'individu leur attribue (Anderson, 1996). Pour lui, le problème de l'intégration des informations est fondamental et même préalable à la mesure des stimuli et des réponses (Anderson, 1996).

Dans nos études, l'objectif est de mettre en évidence le jugement des participants confrontés à diverses solutions possibles face au soulagement de la douleur aiguë lors des soins douloureux après une intervention chirurgicale (traitements médicamenteux -opiacés- ou non médicamenteux -par hypnoalgésie-). Pour cela, nous devons tenir compte, premièrement, **des facteurs intra-sujets** ou les informations ou stimuli, que les participants doivent intégrer, correspondent aux différentes modalités des facteurs étudiés. Pour la première étude :

- « l'âge du patient » (44 et 80 ans) ;
- le facteur de souffrance physique ou « degré de douleur évalué par l'infirmière » en fonction de l'échelle d'évaluation verbale analogique (EVA) de la douleur (3, 6 ou 9 sur 10) ;
- « le nombre de demandes » que le patient a effectué pour une autre dose d'analgésiques (1, 3-4 ou 5-6 fois) et
- « le niveau de risque » lié à l'administration d'une dose supplémentaire (il y a 2 heures -très important-, 4 heures -important- ou 6 heures -pas de risque important-).

Deuxièmement, **des facteurs inter-sujets**, correspondant aux caractéristiques des participants (grand public, professionnels), et enfin des facteurs des réponses exprimées concernant l'acceptabilité de soulager la douleur aiguë soit par des traitements médicamenteux, opiacés, prescrits par le médecin (première étude) ou par l'hypnoanalgésie proposée par l'infirmière (deuxième étude). Ces réponses sont cochées entre deux bornes « *pas du tout* » et « *tout à fait* », correspondant aux jugements émis tant par le grand public que par les professionnels.

Cette méthodologie implique la création des scénarii à partir d'un plan expérimental qui intègre, par croisement orthogonal, des facteurs intra-sujets (les différentes modalités de nos facteurs étudiés) et des facteurs inter-sujets (caractéristiques des participants). Deux conditions expérimentales doivent être remplies. D'une part, le matériel proposé issu du plan expérimental doit présenter toutes les combinaisons de stimuli possibles. Ainsi dans notre première étude, notre matériel comporte un total de 72 combinaisons et, dans notre deuxième étude, 48 combinaisons. D'autre part, et afin que les participants ne puissent pas mémoriser leurs réponses, l'échelle de réponse doit être linéaire et continue, mais aussi non numérique et graduée.

2.2.1. Diagramme du processus de l'intégration de l'information

Selon N. H. (Anderson (1982, 1996, 2008, 2013), l'intégration devient un concept central pour comprendre comment les informations ont été combinées par l'individu afin de donner une réponse. Pour comprendre ce fonctionnement cognitif, N. H. Anderson représente de façon schématique le diagramme de l'intégration de l'information (Anderson 1982, 1996, 2008, 2013), comme une chaîne de trois opérations ou processus : le processus de valuation, d'intégration et de réponse (cf. *Figure 2-1*).

Ce schéma cognitif de l'individu permet d'observer un champ de stimuli externes (ici modalités de facteurs) qui subissent trois processus successifs afin de permettre aux individus d'émettre une réponse unique (ici jugement d'acceptabilité ou aptitude).

Nous retrouvons les trois étapes nécessaires à ce macro-processus d'intégration de l'information. Dans un premier temps, dans le **processus de valuation**, les stimuli externes comprenant des valeurs physiques (représentées par « S1 », « S2 » et « S3 », à gauche) sont transmutés en représentations psychologiques. En effet, dans ce premier processus, ces valeurs physiques sont transformées en contre-valeurs psychologiques (représentés par « s1 », « s2 » et « s3 », au centre). Cette première opération permet de créer de l'information en donnant une valeur subjective aux stimuli externes, c'est-à-

dire un sens psychologique traduisible en valeurs d'échelles va être associé à chaque stimulus externe donnant lieu aux contre-valeurs psychologiques et permettant ainsi, la création de l'information.

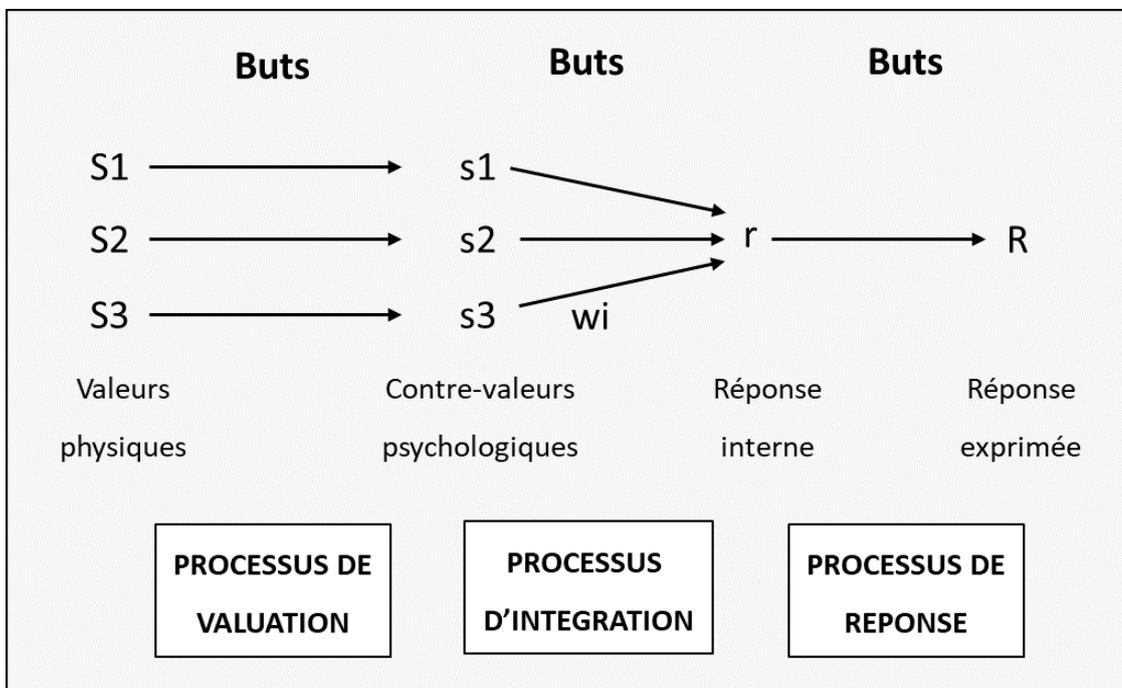


Figure 2-1. Diagramme de l'Intégration de l'Information (Anderson N.H., 1982, 1996)

Dans un deuxième temps, les contre-valeurs psychologiques sont intégrées par le **processus d'intégration** afin de produire une réponse interne (« r », au centre). Cette deuxième opération permet de créer une réponse implicite interne en attribuant différents poids aux contre-valeurs psychologiques, qui vont être groupées pour former une seule réponse. Enfin, dans un troisième temps, dans le **processus de réponse**, la réponse implicite interne va se transformer en réponse explicite (représentée par « R », à droite). Cette troisième et dernière opération permet d'exprimer une réponse (réponse exprimée, représentée par « R », à droite). Cette réponse devient ainsi une réponse observable au travers d'une fonction motrice ou d'une action. Dans le cadre de nos études, la réponse des participants devient observable par la fonction motrice qui consiste à placer une croix sur l'échelle d'acceptation proposée en bas de chaque scénario.

Nous présenterons en détail chacun des processus afin de mieux comprendre leur utilité.

2.2.1.1. Processus de valuation

Le premier processus dénommé processus de valuation, est une opération qui permet d'accorder une valeur subjective aux stimuli externes « Si » qui se traduit par des contre-valeurs psychologiques « si ». C'est donc le processus d'extraction d'information d'un stimulus physique qui est transformé en une valeur psychologiquement dérivée (Anderson, 1981,1982, 1996).

Aucune réaction des individus, pensée ou comportement, n'est issue d'un seul stimulus, mais de multiples stimuli externes. Ce processus de valuation peut donc être considéré comme une pondération interne de différents stimuli afin de parvenir à une réponse finale. Pour illustrer notre propos, prenons un exemple issu de notre première étude. Deux infirmières sont confrontées à la même prescription médicale « *si besoin* » en fonction du degré de douleur de leurs patients. Quand elles doivent appliquer le traitement prescrit, elles vont agir différemment. En effet, elles vont toutes les deux prendre en compte les différents stimuli externes inhérents à la situation : le degré de douleur ressenti par le patient, son âge, la demande ou le nombre de fois qu'il a appelé et le temps écoulé depuis la dernière dose du médicament opiacé administrée. Suite au processus de valuation, les deux infirmières vont établir une représentation mentale de la situation en transformant ces quatre stimuli en contre-valeurs psychologiques. Ces représentations vont dépendre de la teneur des stimuli et de la valeur attribuée au moment de l'opération, ainsi que de l'ensemble des expériences vécues antérieurement par les individus. En d'autres termes, des stimuli physiques n'ont pas de valeur psychologique fixe. Les individus doivent les transformer en représentations en leur donnant une valeur subjective qui leur est propre, traduite en notre étude en termes de « *degré d'acceptabilité* » ou « *degré d'aptitude* ».

Dans notre exemple, les objectifs attribués par les infirmières peuvent être personnels (intériorisés) ou assignés (valeurs) comme dans le contexte de notre étude : les participants ont pour mission d'évaluer l'acceptabilité de refuser par l'infirmière de délivrer une dose supplémentaire d'un médicament opiacé pour soulager la douleur aiguë post-chirurgicale. L'appropriation de ces stimuli par les infirmières va être effectuée différemment, en fonction de leurs propres objectifs, de leurs expériences professionnelles antérieures, de leur évaluation de l'état du patient, de leurs connaissances en pharmacologie sur le médicament prescrit, et des possibles risques et complications pour le patient.

Nous allons à présent expliquer le deuxième processus.

2.2.1.2. Processus d'intégration

Comme nous le venons d'évoquer dans le processus précédent, la plupart des réponses des individus sont basées sur l'interaction de différents stimuli afin de parvenir à une réponse finale. Ce processus de sources multiples provoquant un seul comportement est appelé « *Causalité Multiple* » (Anderson, 1981, 1982, 1996). La Théorie de l'intégration de l'information (IIT) étudie comment ces stimuli sont intégrés et combinés cognitivement pour former une réponse unique. (Anderson, 1981, 1996, 2008, 2013). Elle est différente selon les individus. Il est donc très rare de détecter un seul prédicteur de comportement. (Anderson, 1981, 1982, 1996, 2008).

Dans cette deuxième phase du processus dénommé processus d'intégration, s'effectue le passage de la détermination multiple à la réponse singulière « r ». En autres termes, dans ce processus d'intégration, les individus vont utiliser les différentes opérations dont ils disposent afin de regrouper, transformer et combiner les contre-valeurs psychologiques « s_i » en une réponse unique inexprimée, la réponse interne singulière « r ». En effet, les contre-valeurs psychologiques reçoivent des poids différents « W_i » en fonction de l'importance accordée par l'individu aux différents stimuli de l'information.

Pour que ce processus cognitif puisse avoir lieu, les valeurs subjectives accordées par les individus aux différentes informations deviennent une mesure unique, c'est-à-dire, d'une même valeur. Ainsi, dans le cadre de cette recherche, les participants utilisent « l'échelle d'acceptabilité » comme échelle de mesure unique. Dans nos études, cette échelle leur est présentée à la fin de chaque scénario proposé.

Concernant les différentes situations combinant les facteurs présentés dans les scénarii, le poids « W_i » accordé à la valeur de l'échelle associée aux « niveaux de risque » et/ou associé à « l'administration d'une dose d'antalgique supplémentaire », pourrait différer du poids accordé à la valeur de l'échelle associée au « degré de douleur », ou encore, au « nombre de demandes » que le patient effectue ou à « l'âge du patient ».

Supposons maintenant que « S_1 » correspond à la modalité « risque encouru par le patient très élevé », la valeur subjective « s_1 » qui lui est associée peut-être « gravité », puisque dans cette situation nous abordons les effets pharmacologiques de la morphine sur l'état général du patient. Étant donné que l'administration d'une dose supplémentaire d'antalgique morphinique pourrait être une situation grave pour le patient, le poids accordé par le participant pour cette valeur pourrait être très élevé. Au

contraire, le poids de cette valeur pourrait être très faible si, pour le participant, cette gravité entraînait moins de conséquences sur l'état général du patient.

Ce poids peut être nul lorsque, par rapport au contexte expérimental, l'individu est placé dans des circonstances radicalement nouvelles pour lui ou, tout simplement, lorsqu'il ne veut pas se laisser influencer par les considérations extérieures.

Ces valeurs d'échelle sont intégrées par différentes règles d'opération (cognitives) qui réagissent en fonction de l'ordre sous-jacent des variables. Elles sont désignées par Anderson (1981, 1982, 1996, 2008) sous le terme « *Algèbre Cognitive* ». L'algèbre cognitive est donc une étape mentale imbriquée dans la phase d'intégration de l'IIT. Elle se définit comme un processus par lequel les individus combinent plusieurs sources de stimuli en une seule, le jugement, à l'aide de règles algébriques (Anderson, 1981, 1982, 1996, 2008). Les modèles d'algèbre spécifiques, ainsi que leurs méthodes d'analyse, seront détaillés plus loin.

En conclusion, ce processus d'intégration permet de repérer les processus psychocognitifs ou, autrement dit, la façon dont les individus ont opéré lors de la prise de décision pour construire leurs réponses internes. Dans notre recherche, le jugement moral émis, concernant le degré d'acceptabilité ou d'aptitude comme mesure unique à l'aide d'une échelle de réponse présentée à la fin de chaque scénario.

Voyons maintenant le troisième et dernier processus.

2.2.1.3. Processus de réponse ou action

Dans l'IIT, le processus de réponse correspond à la troisième étape. Il rend explicite et observable la réponse interne « *r* », élaborée lors du processus d'intégration. Cette réponse observable « *R* » peut être traduite par une réponse physiologique, une expression faciale ou une action motrice ou verbale. Dans notre étude, les participants doivent l'exprimer physiquement sur une échelle de jugement, correspondant au degré d'acceptabilité ou d'aptitude du comportement de l'infirmière présenté dans les scénarii.

Ces trois processus indépendants et successifs sont inhérents aux théories de mesure fonctionnelle. Le processus de valuation et les lois psychophysiques, le processus d'intégration et les lois psychologiques et le processus de réponse ou d'action et les lois psychomotrices (Anderson, 1981, 1982, 1996) permettent d'évaluer comment un premier stimulus physique est finalement traduit en réponse numérique, le jugement.

La conception du jugement est déterminée par « *les objectifs* » de l'individu et prend en compte, de façon implicite, les variables motivationnelles et relatives à la tâche à accomplir. Anderson (1982, 1996) explique cela à partir d'une « *perspective fonctionnelle* », basée sur la pensée et l'action, conceptualisée par l'individu en fonction de son attitude, dirigée par l'objectif visé ou par ses valeurs. En d'autres termes, ces processus sont dirigés par les objectifs poursuivis par l'individu (personnels ou assignés), au travers de la tâche à accomplir. L'objectif de l'individu devient donc la manifestation de la pensée et de l'action que l'individu entreprend (Anderson, 1982, 1996).

Le jugement est aussi déterminé par « *l'état initial du sujet* » « So » (non représenté dans le diagramme de l'intégration de l'information, *Figure 2.1*) (Anderson, 1981, 1982). L'état initial du sujet correspond à l'intérêt que l'individu porte au sujet d'étude, dans notre cas, au soulagement de la douleur, ainsi que sa disposition à polariser ses réponses. C'est le cas des participants qui cochent systématiquement des réponses extrêmes dans l'échelle d'acceptabilité ou d'aptitude.

En résumé, la Théorie de l'intégration de l'information permet une approche unifiée sur la base de ces trois processus. Elle relie le monde intérieur de l'individu (les non-observables du monde interne) avec le monde extérieur (les observables dans le monde extérieur), permettant l'expression des valeurs personnelles de chaque individu (Anderson 1996, 2008, 2013).

Un exemple complet aidera à éclairer le diagramme du processus de l'intégration de l'information.

2.2.2. L'éclairage de la Théorie d'Intégration de l'Information

2.2.2.1. Les non observables

Dans le diagramme de l'intégration de l'information, les processus de valuation, d'intégration et de réponse ne peuvent pas être observés. Seuls les stimuli « Si » et la réponse exprimée « R » sont observables. La réponse exprimée « R » témoigne de l'ensemble des processus et est accessible à la conscience à la différence de la réponse interne qui, même si elle est conscientisable, reste non exprimée. C'est ce qu'Anderson (1981) décrit comme « *erreur relative à la mesure de réponse* ». Afin d'éviter cette erreur (relative à la mesure de la réponse), « *l'algèbre cognitive* » (Anderson, 1981, 1982, 1996) propose des solutions à la mesure en fonction de l'ordre sous-jacent des variables.

Pour mieux comprendre le processus d'intégration de l'information, nous proposons deux exemples, l'un issu de la vie quotidienne et l'autre issu de notre première étude. Nous appellerons le premier exemple, « le repas paella ».

2.2.2.2. Le repas paella

Supposons par exemple que Madame Untel, souhaite inviter ses amies à un repas paella. Elle tient compte des informations de ses invités (goûts, allergies alimentaires...) avant de préparer le repas. Maintenant, regardons la situation à l'aide du diagramme de l'intégration de l'information. Considérons que Madame Untel est dans un état plutôt détendu.

Mme Untel décide de préparer la paella. Elle est donc exposée aux différents stimuli externes inhérents à la situation (cuisiner une paella), comme la variété du riz « S1 », le choix des ingrédients « S2 », le prix des ingrédients « S3 » et les offres du jour « S4 », qui sont bien des valeurs physiques. Avec ces informations, Madame Untel décide, avant de cuisiner la paella, de faire ses courses et de regarder les différents flyers publicitaires.

Selon l'IIT, dans le processus de valuation, ces différents stimuli vont être intégrés par Madame Untel, qui va les transformer en contre-valeurs psychologiques afin d'établir une représentation mentale de la paella qu'elle va cuisiner. Elle associera les différentes informations afin de déterminer quel type de paella lui convient le mieux. Ensuite, Madame Untel, combine ces informations présentes sur le marché, la variété du riz, le choix des ingrédients, le prix des ingrédients et les offres du jour afin de décider du type de paella à cuisiner (seulement fruits de mer, seulement viande ou mixte). Cette opération correspond au processus d'intégration.

Gardant en tête son objectif initial, ayant pesé le pour et le contre, donc en attribuant un poids à chacun des facteurs en considération, Madame Untel conclut qu'elle va préparer une paella aux fruits de mer et elle va se laisser tenter par de nouveaux ingrédients, des haricots verts et des poivrons jaunes et rouges. Elle a donc formulé sa réponse interne.

Enfin, suite au processus de réponse ou d'action, Madame Untel va maintenant pouvoir exprimer sa réponse et transformer sa décision en action. Elle part acheter les ingrédients (crustacés en promotion, haricots verts, riz long, poivrons jaunes et rouges, safran...). Ainsi, elle s'approche de l'état qui lui a paru le plus attractif.

Prenons maintenant un exemple issu de notre première étude.

2.2.2.3. Le soulagement de la douleur par un traitement médicamenteux

Pour l'expliquer, prenons la vignette de la *Figure 2-2* :

Madame Blandet, infirmière au service de chirurgie digestive à l'hôpital Lopo, prend soin de Monsieur Pagotto, de **79 ans**, qui a été récemment **opéré d'un cancer avec succès**. En postopératoire, Monsieur Pagotto a eu une pompe à morphine, un opiacé, afin de soulager sa douleur aiguë liée à l'intervention chirurgicale. Le médecin décide d'ôter la pompe à morphine et, pour continuer à soulager la douleur, il protocolise la prescription des opiacés, ce qui laisse une marge de manœuvre à l'infirmière, Madame Blandet. Monsieur Pagotto souffre beaucoup (**6/10**) et **il demande un antidouleur**. Il a déjà appelé **cinq fois**. Madame Blandet décide de **ne pas administrer un antidouleur immédiatement**, car elle tient compte que Monsieur Pagotto a reçu une dose d'opiacés il y a seulement **deux heures**. Elle considère que ce serait prendre **un gros risque** du fait des associations avec d'autres médicaments.

Figure 2-2. Exemple de scénario

Maintenant, examinons la situation à l'aide du diagramme de l'intégration de l'information. Pour cela, imaginons que Madame Blandet, est dans un état initial plutôt désagréable. En effet, la douleur aiguë après chirurgie témoigne d'une souffrance importante (6/10) pour le patient ce qui se traduit par le fait d'appeler l'infirmière 5 fois. La situation provoquant chez elle un important conflit de valeurs (soulagement de la douleur vs risque encouru par le patient), elle décide de ne pas soulager Monsieur Pagotto dans l'immédiat.

Madame Blandet se trouve confrontée à divers stimuli externes inhérents à la situation. Parmi ces stimuli correspondant à des valeurs physiques, nous soulignons :

- le degré de douleur évalué par l'infirmière sur une échelle de 0 à 10 : 6 sur 10 ;
- la demande du patient à être soulagé : le patient a appelé 5 fois ;
- son âge : 80 ans ;
- et enfin, la gravité du risque encouru, lié au médicament opiacé : un gros risque.

Tout d'abord, suite aux processus de valuation, ces différents stimuli vont être intégrés par l'infirmière, qui va les transformer en contre-valeurs psychologiques. Ceci

lui permettra d'établir une représentation mentale de différents risques encourus par le patient. Ensuite, elle rassemble, transforme et combine les différentes informations (âge du patient, degré de douleur, effet du médicament...) afin de déterminer le degré de risque de l'application de la prescription médicale. Cette opération correspond au processus d'intégration.

Gardant en tête son objectif initial, c'est-à-dire, éviter le risque de complications dans le soulagement de la douleur de ses patients, ayant pesé le pour et le contre de l'administration d'un opiacé, et donc en attribuant un poids à chacune des informations évaluées, l'infirmière conclut que soulager la douleur de Monsieur Pagotto dans l'immédiat peut entraîner un risque important sur sa santé. Elle a donc formulé une réponse interne.

Enfin, suite au processus de réponse ou d'action, Madame Blandet va maintenant pouvoir donner sa réponse exprimée : « ne pas soulager le patient dans l'immédiat étant donné le risque encouru ». En effet, pour l'infirmière, le fait de ne pas soulager la douleur de Monsieur P. dans l'immédiat, lui semble répondre au mieux à son objectif initial d'éviter le risque de complications pour le patient dont elle prend soin.

Cet exemple met en évidence la présence d'éléments qui peuvent ou non être observables. En effet, les questions que se pose Madame Blandet, l'infirmière, peuvent être des questionnements sous-jacents, qu'elle ne formule pas de manière réfléchie et consciente. Quelques exemples :

- « Quels sont les facteurs susceptibles d'intervenir dans l'état de santé de Monsieur Pagotto ? »
- « Quelle est la responsabilité qu'elle engage à travers sa décision d'appliquer ou pas la prescription médicale ? »
- « La décision est-elle prise en fonction de l'efficacité du traitement ? »
- « Quels sont les risques encourus par le patient ? » ...

L'objectif principal est alors de préciser la nature des opérations d'algèbre cognitive (sommations, soustractions, moyennes, multiplications ou divisions) que les individus effectuent pour traiter l'information lors de leur cheminement cognitif dans différentes situations.

2.3. LES RÈGLES ALGÈBRIQUES D'INTÉGRATION

Aller voir le fonctionnement cognitif humain afin de rendre compte des opérations mentales qui amènent au jugement est difficile. Cependant, plusieurs psychologues ont essayé d'étudier les règles algébriques simples utilisées par notre cerveau. Des méthodes pour savoir ce qui s'y passe ont déjà été proposées par Janet (1889), qui parlait de « *l'agrégation psychologique* ». Il la définit comme l'activité cérébrale qui mène à la production de synthèses mentales de multiples sensations. Watson (1913), psychologue béhavioriste, prend en compte les stimulations externes afin de prédire le comportement manifeste. Plus tard, Costermans (2001) s'est intéressé à l'organisation du traitement de l'information dans notre cerveau. Il conclut que les opérations dites de « *haut niveau* » sont caractérisées par le traitement d'informations perceptives, langagières et conceptuelles.

La même année, d'autres travaux ont vu le jour. Pour Grice (2001), la raison est la faculté cérébrale qui nous aide à reconnaître et fonctionner cognitivement. C'est la faculté qui « *nous permet de nous engager* » dans la capacité d'analyser. Millgram (2001) met l'accent sur l'intention réelle d'agir à partir d'un jugement sur ce qu'il y a de mieux à faire.

Plus récemment, Weber et Johnston (2009) ont consacré leurs travaux au recensement des fonctions impliquées dans le fonctionnement cognitif humain et qui donneront lieu à ce qu'ils appellent « *jugement éclairé* » (*mindful judgment*) : l'attention, l'encodage, l'évaluation, la mémoire, les processus liés au traitement de l'information, l'apprentissage, les caractéristiques de la personne qui s'apprête à poser un jugement et les caractéristiques de la situation.

Ces travaux, parmi d'autres, ont été confrontés à la difficulté de mesurer les valeurs subjectives ou contre-valeurs psychologiques, « *si* » et donc à la complexité de traiter l'information. Face à cette complexité, Anderson (1996), considère que le jugement humain suit bien certaines règles algébriques qui peuvent être mathématiquement conceptualisées à la condition que l'étude porte sur la mesure des valeurs subjectives. Pour lui, il y a un décalage entre l'information présentée (valeurs objectives physiques) et le traitement cognitif qui en est fait pour aboutir à un jugement (Anderson, 1996).

Comme nous l'avons déjà signalé, l'algèbre cognitive se définit comme un processus par lequel les individus combinent plusieurs sources de stimuli pour le transformer en une seule, le jugement, à l'aide de règles algébriques (Anderson, 1981, 1982,

1996, 2008). Même si elle peut être utilisée pour déduire ce qui se passe dans chacun des trois processus non observables (processus de valuation, d'intégration et de réponse), elle est centrée sur le processus d'intégration (Anderson 1996, 2008 ; Weis 2006). En effet, c'est pendant cette phase que l'individu va accorder différents poids « Wi » aux différents stimuli spécifiques de la situation « Si » et cela en fonction de l'importance qui leur est accordée. Pour illustrer notre propos, revenons à l'exemple issu de notre étude. L'infirmière dont l'objectif initial était d'éviter le risque de complications dans le soulagement de la douleur a pris une décision. Elle ne soulage pas immédiatement le patient dont elle prend soin, et cela malgré que Monsieur Pagotto ait demandé 5 fois un antalgique. La prise de décision de l'infirmière est donc déterminée par le poids qu'elle porte aux différents stimuli (le degré de douleur exprimé par le patient, 6 sur une échelle de 0 à 10 ; la demande, il a appelé 5 fois ; son âge, 80 ans ; et enfin, la gravité du risque lié au médicament opiacé). La décision qui résulte du processus cognitif mis en œuvre par Madame Blandet, l'infirmière, est le résultat de stimuli souvent nombreux et très complexes dans la pratique. C'est le phénomène de « *détermination multiple* » (Anderson, 1996).

C'est précisément le poids attribué à chaque variable qui va être traduit sous forme d'une valeur exprimée, valeur qui sera traduite sur l'échelle de mesure spécifique pour chaque information. Cette mesure sera réalisée en fonction de la structure de la règle algébrique qui constitue la base des échelles de mesure. Cette méthode a été appelée « *mesure fonctionnelle* » par (Anderson, 1981, 1982, 1996). À l'égard du modèle d'intégration qui sera utilisé, ces valeurs traduites sur l'échelle (ici réponses du participant) seront combinées différemment et analysées. Cette méthode permet de distinguer certaines régularités mathématisables ou règles algébriques de jugement.

Deux conditions expérimentales doivent être respectées afin de mettre en avant ces règles algébriques (Anderson, 1996). La première est **d'assurer l'indépendance des facteurs**. Pour cela, nous présentons au participant un matériel composé de combinaisons de stimuli correspondant à l'ensemble de possibilités d'un « plan factoriel orthogonal ». Les facteurs sont les différentes dimensions de la situation, et les degrés des facteurs (modalités) sont les stimuli présentés aux participants. Ainsi dans notre première étude sur la douleur aiguë postopératoire, nous retrouvons :

- le facteur « âge du patient », avec trois degrés : « jeune adulte » ou « personne âgée ». Ce facteur exprime le principe de justice (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;

- le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière » sur une échelle de 0 à 10, à degrés : « 3/10 », « 6/10 » ou « 9/10 ». Ce facteur exprime le principe de bienfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- le facteur « insistance du patient à demander le traitement », avec trois degrés : « pas d'insistance particulière -le patient appelle 1 fois- » –pas d'insistance-) » « insistance moyenne -le patient appelle 3 ou 4 fois- ou « très grande insistance -le patient appelle 5 ou 6 fois- ». Ce facteur exprime le principe d'autonomie (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- et le facteur « gravité du risque encouru par le patient », lié à la prise d'un médicament opiacé supplémentaire, avec trois degrés : « dernière prise il y a deux heures –risque très important- », « quatre heures –risque important- » ou « six heures –pas de risque important- ». Ce facteur exprime le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*).

Dans notre deuxième étude sur l'hypnoanalgésie, nous retrouvons :

- le facteur « âge-identité du patient », avec quatre degrés, « 10 ans », « 45 ans », « 82 ans » ou « 21 ans avec atteinte mentale ». Ce facteur exprime le principe de justice (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin réalisé par l'infirmière », avec trois degrés : « douleur évalué entre 2 et 5 sur 10, lors de la réalisation d'une toilette corporelle », « douleur évalué entre 4 et 7 sur 10, lors de la réalisation d'un pansement avec nettoyage de plaies » ou « douleur évalué entre 6 et 9 sur 10 lors d'un soin de chimiothérapie ». Ce facteur exprime le principe de bienfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- le facteur « stratégie de traitement par une technique d'hypnose proposée par l'infirmière », avec deux degrés : « technique d'hypnose en substitution d'un antalgique » et « technique d'hypnose en complément (en plus) d'un médicament antalgique (1 gramme de paracétamol) ». Ce facteur exprime le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- et le facteur « la formation reçue par l'hypnotiseur » avec deux degrés : « formation dans une institution privée, spécialisée en hypnose, non reconnue par l'État » et « formation à l'Université, titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose, reconnu par l'État ». Ce facteur exprime le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013), (cf. *sous-chapitre 1.4*).

La deuxième condition est **d'assurer la linéarité de l'échelle de réponses**. Pour cela, nous présentons au participant un matériel avec une échelle de réponse continue, non graduée et bornée pour chaque scénario. D'un point de vue pragmatique, deux formalités sont nécessaires. D'une part, la non-graduation par des chiffres rend difficile la mémorisation de réponses par le participant. Il va donc émettre son jugement en fonction du scénario présenté sans se remémorer les jugements effectués dans les scénarii précédents. D'autre part, l'échelle est bornée afin que les participants puissent faire correspondre les termes extrêmes de leurs réponses. Dans nos études nous proposons, pour chaque scénario, une échelle continue, non numérique, à 11 degrés et bornée, de « *pas du tout acceptable* » à « *tout à fait acceptable* ». Ainsi, le degré d'acceptabilité le plus bas, correspond à un participant qui n'accepte pas du tout la décision prise par l'infirmière et au contraire, le degré d'acceptabilité, le plus haut, correspond à un participant qui accepte totalement la décision prise par l'infirmière.

Les règles arithmétiques de base, qui constituent les piliers des équations d'algèbre cognitive (Anderson, 1970, 1981, 1982, 1996), sont :

$$\text{Valeurs } \{ S_i \} = s_i$$

L'individu pondérera les représentations psychologiques (valeurs subjectives) « s_i » des stimuli extérieurs (valeurs physiques) « S_i » distincts en leur attribuant à chacune d'elles un poids spécifique « W_i ». Ainsi, le poids spécifique W_i attribué à la représentation du stimulus extérieur « S_a », se représentera par « W_{ai} ». Le poids spécifique « W_j » attribué à la représentation du stimulus extérieur « S_b », se représentera par « W_{bj} », et ainsi de suite.

L'individu attribuera des valeurs d'échelle « S_i » spécifiques à chacun des stimuli extérieurs « S_i ». Ainsi, le stimulus extérieur « S_a » dont la valeur d'échelle est « S_1 », se représentera par « S_{a1} ». Le stimulus extérieur « S_b » dont la valeur d'échelle est « S_2 », se représentera par « S_{b2} ».

L'individu formulera une réponse interne « r » en considérant les poids « W_i » et les valeurs accordées « S_i » aux stimuli extérieurs (variables physiques) « S_i » :

$$I \{ s_i \} = r$$

L'individu traduira la réponse interne implicite « r » en réponse externe explicite « R » se manifestant par une action motrice :

$$I \{ r \} = R$$

La manière dont ces règles de base se manifestent pour traduire le jugement émis par l'individu caractérise les différents modèles. En effet, Anderson (1978) a identifié et décrit de nombreux modèles d'algèbre cognitive qui peuvent être interprétés à partir de preuves empiriques. Cependant, les trois modèles les plus étudiés parmi les différentes possibilités de combiner les informations, et plus particulièrement les plus nécessaires à la compréhension de nos études sont les modèles additifs, les modèles multiplicatifs et les modèles conjonctifs (Anderson, 1982, 1996 ; Noventa, Massidda & Vidotto, 2012).

2.3.1. Les modèles additifs

Ces modèles renvoient à l'utilisation par l'individu, lors du processus d'intégration, de différentes règles algébriques qui vont traduire un mode de jugement. L'individu va accorder des poids équivalents aux différents stimuli (variables physiques), avant de les additionner, de les soustraire ou d'en faire la moyenne. Ces règles algébriques pouvant être sommatives, soustractives ou de moyenne.

2.3.1.1. Règle de Sommation

« *La règle additive, est du moins en apparence, la plus élémentaire* » (Muñoz Sastre, Igier, Gauché, & Girard, 2009, p. 328). Cette règle suppose l'intégration par l'individu des stimuli menant au jugement, en additionnant leurs effets. Ainsi, après avoir attribué un poids aux différents stimuli extérieurs « Sa » et « Sb » (« Wai » et « Wbj »), l'individu attribuera une valeur d'échelle (valeur subjective) « Si » et « Sj » à chacun des stimuli extérieurs présentés « Sa » et « Sb ». Ensuite, l'individu formulera une réponse interne « rij » en additionnant la pondération et les valeurs d'échelle. L'équation algébrique cognitive de sommation peut donc être représentée comme suit :

$$rij = WaiSi + WbjSbj$$

Ainsi, par exemple, Anderson (1978) a montré que lorsque les participants ont été invités à évaluer l'impression globale donnée par un individu de façon aléatoire et basée sur deux adjectifs présentés (stimulus extérieur), ils ont simplement addi-

tionné la valeur d'échelle pour les deux stimuli sans prendre en compte d'autres éléments du contexte dans lequel ce jugement a été émis. Cette règle suppose donc que « *l'effet sur le jugement final de chaque élément d'information (stimuli extérieurs) est indépendant de l'effet des autres éléments d'information qui forment le contexte dans lequel le jugement est formé, c'est-à-dire dans lequel cet élément est traité* » (Muñoz Sastre, Igier, Gauché, & Girard, 2009, p. 328-329).

Pour tester l'hypothèse selon laquelle deux stimuli sont intégrés de façon additive, prenons un exemple issu de notre deuxième étude. Supposons que nous présentons aux participants 48 scénarii décrivant une situation où un patient doit subir des soins qui induisent des effets douloureux. Cette douleur, provoquée par les soins, peut être de 2 à 5 sur une échelle de 0 à 10 lors de la réalisation d'une toilette corporelle, de 4 à 7 sur 10 lors de la réalisation d'un pansement avec nettoyage de plaies ou de 6 à 9 sur 10 lors de la réalisation d'un soin de chimiothérapie. L'infirmière propose au patient, soit de ne pas prendre la médication pour la douleur et de bénéficier à la place d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin, soit de prendre le médicament antidouleur et de bénéficier en plus d'une séance d'hypnose. Cette technique sera assurée soit par une personne formée dans une institution privée spécialisée en hypnose, mais pas reconnue par l'État, soit, par une personne titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose, reconnu par l'État. Nous demandons donc aux participants d'émettre un jugement concernant l'acceptabilité de la stratégie proposée par l'infirmière en leur invitant à répondre sur une échelle d'acceptabilité continue en 11 degrés et bornée, allant du « *pas du tout acceptable* » (niveau 0) au « *tout à fait acceptable* » (niveau 10).

Les données cochées sur l'échelle serviront à l'analyse de variance et une fois traitées, seront représentées sous forme de graphique factoriel (cf. *Figure 2-3*). Sur ce graphique nous pouvons observer un axe vertical, un autre horizontal et trois courbes de différentes couleurs. L'axe vertical représente le niveau de jugement relatif à l'acceptabilité de la proposition de l'infirmière : prendre la médication pour la douleur et de bénéficier en plus d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin. L'axe horizontal porte les deux degrés relatifs à la reconnaissance de la formation en hypnose de la personne qui réalise la technique.

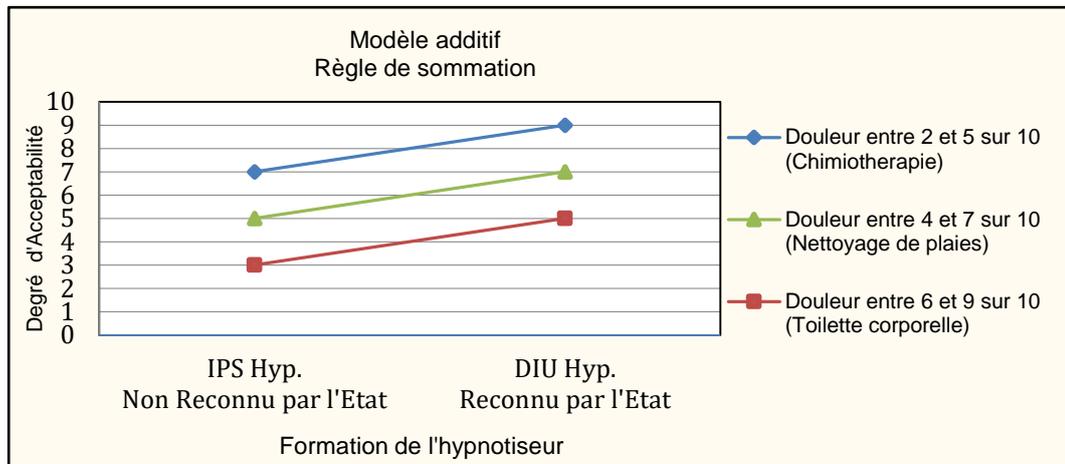


Figure 2-3. Exemple de « Règle de sommation » dans le « Modèle additif »

Enfin, les trois courbes pleines représentent les trois niveaux de la douleur associée aux types de soins effectués au patient en postopératoire, degré de douleur de 6 à 9 sur 10 (soin de chimiothérapie), degré de douleur de 4 à 7 sur 10 (pansement avec nettoyage de plaie) et degré de douleur de 2 à 5 sur 10 (toilette corporelle). Chaque point de la courbe correspond à une situation concrète de jugement. C'est-à-dire, que chaque participant a pris en compte les deux facteurs présents dans les scénarii. Ainsi, nous pouvons constater :

- un degré de douleur de 6 à 9 sur 10 (soin de chimiothérapie) avec un thérapeute formé dans une institution privée non reconnue par l'État ;
- un degré de douleur de 4 à 7 sur 10 (pansement avec nettoyage de plaie) avec un thérapeute formé dans une institution privée non reconnue par l'État ;
- un degré de douleur de 2 à 5 sur 10 (une toilette corporelle) avec un thérapeute formé dans une institution privée non reconnue par l'État ;
- un degré de douleur de 6 à 9 sur 10 (soin de chimiothérapie) avec un thérapeute formé à l'Université et en possession d'un Diplôme reconnu par l'État ;
- un degré de douleur de 4 à 7 sur 10 (soin de nettoyage de plaie et pansement) avec un thérapeute formé à l'Université et en possession d'un Diplôme reconnu par l'État ;
- et un degré de douleur de 2 à 5 sur 10 (une toilette corporelle) avec un thérapeute formé à l'Université et en possession d'un Diplôme reconnu par l'État.

Ces trois courbes sont ascendantes et parallèles et donc avec un coefficient de pente identique, ce qui témoigne de l'additivité des effets. En effet, l'acceptabilité est plus importante si la technique d'hypnose est réalisée par une personne qui a fait sa formation à l'Université et est donc en possession d'un Diplôme Inter-Universitaire reconnu par l'État.

En conclusion, les participants ont pris en considération les deux facteurs exposés sur les scénarii, « la douleur évaluée par l'infirmière, traduite à un soin » et « la formation reçue par l'hypnotiseur » afin d'émettre leur jugement. Cette réponse a été construite en ajoutant la même unité pour chaque changement de modalités de deux facteurs. « *Le parallélisme des courbes n'exprime rien d'autre que cette constance* » (Muñoz Sastre, Igier, Gauché, & Girard, 2009, p. 330). Nous pouvons donc dire que la règle d'intégration utilisée ici est la règle de sommation.

2.3.1.2. Règle de soustraction

Cette règle suppose l'intégration par l'individu des stimuli menant au jugement, en soustrayant leurs effets. Ainsi, après avoir attribué un poids aux différents stimuli extérieurs « Sa » et « Sb » (« Wai » et « Wbj »), l'individu attribuera une valeur d'échelle (valeur subjective) « Si » et « Sj » à chacun des stimuli extérieurs présentés « Sa » et « Sb ». Ensuite, il formulera une réponse interne « rij » en soustrayant la pondération et les valeurs d'échelle. L'équation algébrique cognitive de soustraction sera donc représentée comme suit :

$$rij = Wai.Sai - Wbj.Sbj$$

Le patron de résultats de cette règle se caractérise aussi par des courbes parallèles avec un même coefficient de pente. Cependant, l'orientation des courbes est inversée par rapport au patron de résultats de la règle de sommation. Pour illustrer cette règle, prenons un exemple issu de notre première étude. Supposons que nous présentons aux participants 54 scénarii décrivant une situation où un patient douloureux, en post-opératoire, qui demande à l'infirmière un antidouleur. La douleur du patient évaluée par l'infirmière peut être de 9 sur une échelle de 0 à 10, de 6 sur 10 ou de 3 sur 10. La gravité du risque encouru par le patient associé à une dose supplémentaire d'antalgique opiacé peut-être, « très important -2h après l'administration de la première dose- » et « pas de risque important - 6h après l'administration de la dernière dose- ».

L'infirmière refuse de soulager immédiatement, la douleur de son patient, en concluant qu'il y a un risque pour sa santé.

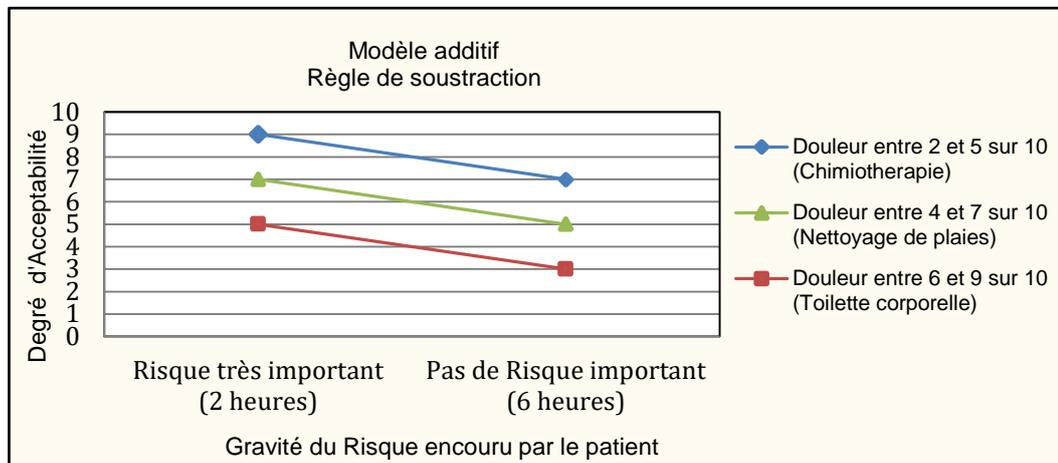


Figure 2-4. Exemple de « Règle de soustraction » dans le « Modèle additif »

Sur le graphique (cf. Figure 2-4) nous pouvons observer un axe vertical, un autre horizontal et trois courbes de différentes couleurs. L'axe vertical représente le niveau de jugement relatif à l'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire. L'axe horizontal porte les deux degrés relatifs à la gravité du risque encouru par le patient. Les trois courbes représentent les trois degrés de la douleur évaluée par l'infirmière sur une échelle graduée de 0 à 10 : 2, 4 ou 9 sur 10. Chaque point de la courbe correspond à une situation concrète de jugement. C'est-à-dire, que chaque participant a pris en compte les deux facteurs présents dans les scénarii.

À partir de ce graphique, nous pourrions conclure que l'acceptabilité de refuser de soulager la douleur du patient est plus importante quand le risque est plus élevé. Ainsi, donner un antalgique supplémentaire pour soulager sa douleur 2h après la première dose, peut, en effet, signifier un risque très important pour le patient. Cependant, le jugement d'acceptabilité est plus bas, si le risque n'est pas important, 6h après la première dose.

En résumé, les participants ont, ici, tenu compte de deux facteurs exposés sur les scénarii, « la douleur du patient, évaluée par l'infirmière sur une échelle, graduée de 0 à 10 » et « la gravité du risque encouru par le patient ».

2.3.1.3. Règle de moyenne

Cette règle suppose l'intégration par l'individu des stimuli menant au jugement, en additionnant leurs effets, puis en les divisant par leurs poids. Ainsi, après avoir attribué un poids aux différents stimuli extérieurs « Sa » et « Sb » (« Wai » et « Wbj »), l'individu attribuera une valeur d'échelle (valeur subjective) « Si » et « Sj » à chacun des stimuli extérieurs présentés « Sa » et « Sb ». Ensuite, il formulera une réponse interne « rij » en divisant ces valeurs par la somme des poids accordés à ces stimuli « Wij » (moyenne pondérée). L'équation algébrique cognitive de moyenne peut donc être représentée comme suit :

$$rij = [WaiSi + WbjSbj] / [Wai + Wbj]$$

Le patron de résultats de cette règle se traduit par des courbes qui s'entrecoupent. La moyenne obtenue peut être « équipondérée », si la pondération accordée aux différents stimuli est la même ou « non équipondérée » si le poids attribué est différent. Dans ce dernier cas, cela se traduit graphiquement par des coefficients de pente non constants et donc par des courbes non parallèles.

2.3.2. Les modèles multiplicatifs

De même que pour les modèles sommatifs, les modèles multiplicatifs renvoient à l'utilisation par l'individu, lors du processus d'intégration, de différentes règles algébriques qui vont traduire un mode de jugement. Ici, l'individu va accorder des poids différents aux divers stimuli (variables physiques), avant de les multiplier ou les diviser. Ces règles algébriques pouvant ainsi être multiplicatives ou de division.

2.3.2.1. Règle multiplicative

Cette règle suppose l'intégration par l'individu des stimuli menant au jugement, en multipliant leurs effets. Ainsi, après avoir attribué un poids aux différents stimuli extérieurs « Sa » et « Sb » (« Wai » et « Wbj »), l'individu attribuera une valeur d'échelle (valeur subjective) « Si » et « Sj » à chacun des stimuli extérieurs présentés « Sa » et « Sb ». Ensuite, il formulera une réponse interne « rij » à partir de l'un des facteurs qui jouera le rôle de poids « W » vis-à-vis de l'autre facteur, en le multipliant par les

valeurs d'échelle. C'est cela qui différencie cette règle des précédentes où chaque facteur recevait un poids particulier. L'équation algébrique cognitive multiplicative peut donc être représentée comme suit :

$$r_{ij} = W (S_{ai} \times S_{bj})$$

Pour illustrer ce modèle, reprenons l'exemple issu de notre première étude. Supposons donc que nous présentons aux participants 54 scénarii décrivant une situation où un patient doit subir des soins postopératoires qui ont des effets douloureux. La douleur peut être de 9 ou de 3, sur une échelle de 0 à 10. L'infirmière décide de ne pas soulager la douleur de son patient immédiatement. Sa décision est donc déterminée par le poids qu'elle accorde au niveau de risque encouru par le patient.

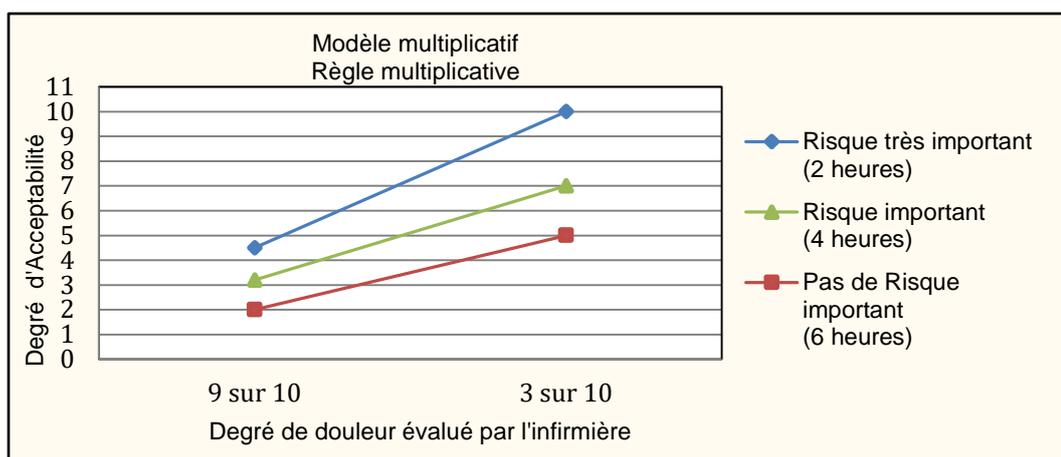


Figure 2-5. Exemple de « Règle de multiplication » dans le « Modèle multiplicatif »

En observant le graphique (cf. Figure 2-5), nous constatons un axe vertical, un autre horizontal et trois courbes de différentes couleurs. L'axe vertical représente le niveau de jugement relatif à l'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire. L'axe horizontal porte les deux degrés relatifs au degré de douleur évalué par l'infirmière : 9 et 3 sur 10. Enfin, les trois courbes pleines représentent les trois niveaux de risque encouru par le patient : très important (2h), important (4h) et pas de risque important (6h). Chaque point de la courbe correspond à une situation concrète de jugement. C'est-à-dire, que chaque participant a pris en compte les deux facteurs présents dans les scénarii.

Ces trois courbes sont ascendantes et non parallèles, elles sont divergentes sur la droite et donc avec un coefficient de pente différent, ce qui témoigne de la multiplication des effets. Cet écart entre les courbes est plus important lorsque la douleur est évaluée à 3 sur 10. L'acceptabilité de refuser de soulager le patient douloureux est plus élevée si le degré de douleur du patient est plus bas et si le risque est plus important.

Comme nous le pouvons le constater, les participants ont, ici encore, pris en considération les deux facteurs exposés sur les scénarii, « la douleur évaluée par l'infirmière » et « le niveau de risque encouru par le patient ». Cette réponse a été construite en multipliant le poids accordé à un des facteurs « W », vis-à-vis de l'autre facteur et les valeurs d'échelle. Graphiquement, cela se traduit par un éventail croissant entre courbes à droite avec un coefficient différent pour chaque pente. De plus, si nous prolongeons les courbes pleines vers la gauche, elles finiront par se croiser en un point. Ce point est la contre-valeur de probabilité nulle (Anderson 1981).

2.3.2.2. Règle de division

La règle de division postule l'intégration par l'individu des stimuli menant au jugement, en divisant leurs effets. Ainsi, après avoir attribué un poids aux différents stimuli extérieurs « Sa » et « Sb » (« Wai » et « Wbj »), l'individu attribuera une valeur d'échelle (valeur subjective) « Si » et « Sj » à chacun des stimuli extérieurs présentés « Sa » et « Sb ». Ensuite, il formulera une réponse interne « rij » à partir de l'un des facteurs qui jouera le rôle de poids « W » vis-à-vis de l'autre facteur, en divisant les valeurs. L'équation algébrique cognitive de division peut donc être représentée comme suit :

$$rij = W (Sai / Sbj)$$

Le patron de résultats de cette règle se caractérise par des courbes ascendantes, non parallèles et divergentes sur la gauche. En effet, l'orientation des courbes est inversée par rapport au patron de résultats de la règle de multiplication.

Graphiquement, cela se traduit par un éventail entre courbes croissantes à gauche avec un coefficient différent pour chaque pente. De plus, si nous prolongeons les courbes pleines vers la droite, elles finiront par se croiser en un point. Ce point c'est la contre-valeur de probabilité nulle.

2.3.3. Les modèles conjonctifs

Le postulat du modèle utilisant une règle conjonctive stipule que l'individu va donner un poids « W » de façon beaucoup plus importante à l'un des différents stimuli extérieurs « Sa » ou « Sb ». C'est-à-dire, que lors du processus d'intégration, l'individu n'additionne pas les différents effets, mais il considère qu'un stimulus a beaucoup plus de poids dans son jugement, et donc un fort impact. Ce poids sera intégré par la suite aux autres facteurs considérés et influence donc le jugement de l'individu. Nous pouvons observer un point de jonction sur la gauche et un éventail ouvert sur la droite.

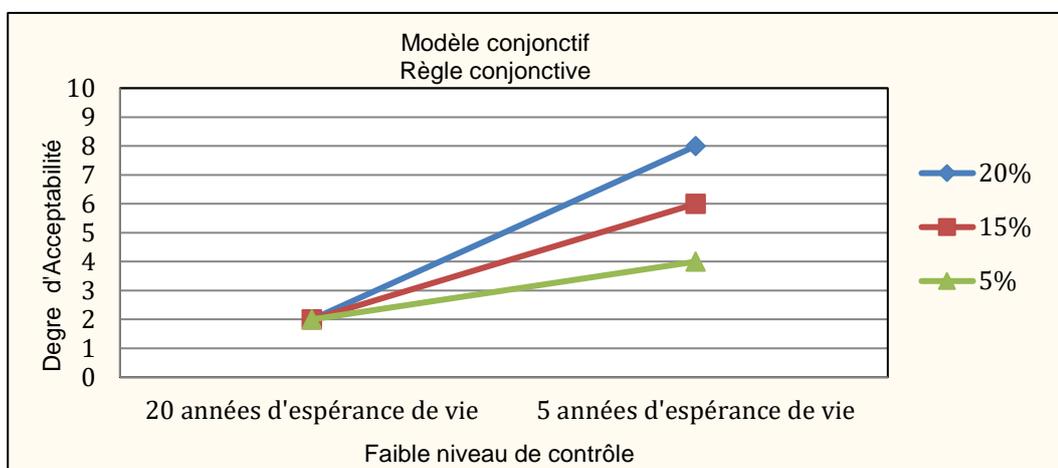


Figure 2-6. Exemple de « Règle conjonctive » dans le « Modèle conjonctif »

Pour illustrer cette règle, nous nous sommes inspirés de l'étude de Frileux, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum (2004), sur l'impact des messages médicaux, de type préventif sur les changements de comportement des malades atteints de la maladie artérielle coronarienne. Supposons alors que nous présentons aux participants 64 scénarii décrivant une situation où la personne est atteinte d'une maladie coronarienne.

Après avoir analysé les données et les avoir représentées sur un graphique (cf. Figure 2-6), nous constatons un axe vertical, un axe horizontal et trois courbes de différentes couleurs. L'axe vertical représente le niveau de jugement relatif à l'acceptabilité de changement de comportement. L'axe horizontal représente deux degrés relatifs aux perspectives temporelles des participants (20 ou 5 années d'espérance de vie). Les trois courbes pleines représentent les trois niveaux de probabilité d'adopter un nouveau comportement (5%, 15% et 20%). Les trois courbes forment un éventail ouvert à droite et convergent en un point à gauche. Chaque point correspond à une configuration d'informations, c'est-à-dire à une situation concrète de jugement.

Nous constatons que les participants plus âgés, ayant un faible niveau de contrôle, voyant leur espérance de vie se raccourcir (5 années d'espérance de vie), ont eu une intention plus importante d'adopter un comportement préventif.

Cette règle algébrique est la règle symétrique de la règle disjonctive (Muñoz Sastre, Igier, Gauché, & Girard, 2009). En effet, dans le cas où le point de conjonction est positionné à droite et l'éventail sur la gauche nous parlerons de règle disjonctive.

Pour conclure, lorsque les individus se trouvent dans un environnement qui les oblige à traiter les stimuli, plusieurs processus cognitifs opèrent, le processus de valuation, le processus d'intégration aussi appelé « *algèbre cognitive* » (Anderson, 1981, 1982, 1996), et le processus de réponse. L'algèbre cognitive est le cœur de la méthode. Un modèle théorique est proposé pour chaque règle algébrique. Ces règles explicitent les processus par lesquels les individus combinent plusieurs sources de stimuli en une seule afin d'aboutir à un jugement. Les modèles, exprimés comme une simple équation et traduits graphiquement, font des prédictions spécifiques sur l'analyse de variance de la conception factorielle (Weiss, 2006). C'est-à-dire, que ces représentations graphiques permettent la mesure de valeurs subjectives qui sont accordées par les individus aux stimuli présents dans les situations. Ainsi, en fonction des patrons de réponse nous pourrions déterminer la règle algébrique sous-jacente.

Plusieurs études se sont appuyées sur la Théorie d'Intégration de l'Information qui a été déjà appliquée à une variété de champs d'études en psychologie, études des cognitions, des attitudes... Nous présenterons maintenant quelques exemples d'études issues du domaine de l'éthique qui ont vu le jour dans le champ de la psychologie de la santé.

2.4. EXEMPLES D'ÉTUDES UTILISANT LA THÉORIE FONCTIONNELLE DE LA COGNITION DE NORMAN H. ANDERSON

Les études que nous présentons ont en commun, d'avoir été réalisées en utilisant la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de N. H. Anderson (Anderson 1981, 1982, 1991a, 1996, 2008) dans le domaine de l'Éthique Médicale. Elles ont montré l'intérêt de cette Théorie qui permet de relever les jugements d'acceptabilité dans différentes situations montrant ainsi l'importance des facteurs sélectionnés par les participants ainsi que leurs combinaisons.

2.4.1. L'étude de Frileux, Lelièvre, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum (2003), portant sur les décisions de fin de vie

But : dans la continuité des travaux de Coperus-Bosma, Van der Wal, Looman & Van der Maas (1999) (Cité par Frileux et al., 2003), Frileux et son équipe avaient pour but de déterminer le poids relatif accordé à chacun des facteurs influençant l'acceptation des interventions des médecins pour mettre fin à la vie des patients en phase terminale ainsi que d'identifier de quelle façon ils interagissent.

Méthode : 72 scénarii, décrivant chacun une situation fictive d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté, ont été présentés aux participants qui devaient émettre leur jugement d'acceptabilité. Les cinq facteurs étudiés sont : « l'âge du patient » (35, 60 et 85 ans), « la curabilité de la maladie » (totalement incurable versus difficile à guérir), « le degré de souffrance » (peut calmer la douleur versus ne peut pas calmer la douleur), « le statut mental du patient » (altérations mentales versus bonne santé mentale) et « la fréquence des demandes du procédé par le patient » (jamais, quelquefois, de manière claire et répétée). Sur les scénarii les auteurs ont rajouté une information complémentaire : « *Il est en train de recevoir le meilleur traitement possible* ».

Participants : l'échantillon était constitué de 194 participants adultes, habitant en France occidentale, dont 66 jeunes adultes (41 femmes et 25 hommes) ; 62 personnes d'âge moyen (34 femmes et 28 hommes) et 66 individus plus âgés.

Résultats : les quatre facteurs ont eu un effet significatif, mais les facteurs « demande du patient du procédé », « âge du patient » et « curabilité de la maladie », ont eu plus d'impact sur le degré d'acceptabilité que les deux autres facteurs. Le jugement d'acceptabilité est systématiquement plus élevé dans le cas d'une demande de suicide médicalement assisté que d'euthanasie. Il est aussi plus élevé pour les participants plus âgés : plus l'âge des participants est élevé, plus ils donnent plus de poids aux facteurs « âge du patient » et moins au facteur « demande du patient du procédé ». Le dernier résultat révèle que le jugement d'acceptabilité s'appuie principalement sur quatre facteurs : « le degré de souffrance », « la demande du patient du procédé », « l'âge du patient » et « le degré de curabilité de la maladie ».

Conclusion : les auteurs ont conclu que chaque facteur porte un poids particulier, mais le facteur qui a le plus d'importance, pour le grand public et puis pour les plus jeunes, sur l'acceptabilité des situations proposées est la « demande du patient du procédé », « l'âge du patient » étant moins important. Ce résultat va dans le sens de la proposition d'une Loi pour légaliser le suicide assisté.

2.4.2. L'étude de Guedj, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum (2009), portant sur les décisions de rupture du secret médical

But : dans la continuité des travaux de Guedj, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum (2006), Guedj et son équipe ont voulu élargir l'étude du secret médical à des situations de violence conjugale. Le but était d'étudier sous quelles conditions le grand public et les professionnels de santé jugent acceptable pour un médecin de rompre le secret médical, afin de protéger l'épouse d'un patient potentiellement violent.

Méthode : 48 scénarii, décrivant chacun une situation fictive de rupture du secret médical, ont été présentés aux participants. Les cinq facteurs analysés sont : « la gravité de la menace » (de tuer sa femme ou de la battre sévèrement), « la présence de la maladie mentale » (diagnostic certain vs incertain), « le temps de discussion nécessaire entre le patient et le médecin sur les conséquences » (brève vs long) », « l'intention du patient de suivre une psychothérapie » (la refuse, indécision ou s'engage immédiatement) et « la décision de consulter un expert médico-légal » (demande un spécialiste vs ne demande pas).

Participants : 186 personnes, habitant en France, ont participé à l'étude, dont 153 participants issus du grand public et 33 professionnels de santé.

Résultats : les cinq facteurs étudiés ont eu un effet significatif, mais le facteur « consultation d'un spécialiste par le médecin » a le plus d'impact, suivi du facteur « l'intention du patient de suivre le traitement ». Les professionnels de santé, dans leur ensemble, étaient moins favorables à la rupture de la confidentialité que le grand public. Le profil du jugement d'acceptabilité des médecins était différent des trois autres profils de participants (grand public, infirmières et psychologues). Les psychologues ne se sont pas différenciés.

Conclusion : le grand public juge la rupture du secret médical, pour protéger une femme de la violence de son mari, beaucoup plus acceptable que les professionnels de santé.

2.4.3. L'étude de Muñoz Sastre, Sorum & Mullet (2011), portant sur l'impact de l'information donnée aux malades

But : déterminer comment les patients jugent l'acceptabilité des messages médicaux comportant des mauvaises nouvelles.

Méthode : 48 scénarii décrivant chacun une situation fictive ont été présentés aux participants de l'étude. Dans la situation présentée, un patient venait consulter le médecin afin de recevoir les résultats au sujet d'un test médical. Les cinq facteurs analysés sont : « le niveau de mauvaises nouvelles » (infection par le virus de l'hépatite C, cirrhose du foie ou cancer du foie), « la demande du patient de venir avec son épouse » (présente vs absente), « considérer les attentes du patient par le médecin lors de résultats de l'essai » (présent vs absent), « le soutien affectif » (présent vs absent) et « mise à disposition d'une information complète et compréhensible » (présente vs absente).

Participants : l'échantillon est constitué de 245 participants dont 74 ont entre 18 et 25 ans, 83 entre 26 et 49 ans et 88 entre 50 et 84 ans. Tous les participants avaient déjà reçu de mauvaises nouvelles.

Résultats : les résultats montrent que la qualité de l'information donnée et le soutien affectif mutuel expliquent plus de 95% de la variance dans les jugements d'acceptabilité des patients, tandis que le niveau de mauvaises nouvelles n'a aucune incidence. Autrement dit, pour les patients, un faible soutien affectif ne peut pas être pleinement compensé par la qualité des informations et vice-versa. Cependant, pour les médecins, ces compensations entre qualité d'information et soutien affectif sont possibles. Ils peuvent compenser un manque de connaissances sur la maladie ou une limitation dans la capacité de leurs patients pour comprendre les informations en leur montrant un soutien affectif.

Conclusion : les médecins peuvent compenser le manque de connaissances sur une maladie spécifique ou les limitations du patient pour comprendre l'information donnée sur la maladie, en leur montrant plus de soutien émotionnel. Mais, ils peuvent aussi compenser leur incapacité à soutenir en donnant plus d'informations aux patients. Cependant, les chercheurs proposent que les médecins devraient, à la fois, être conscients que leurs patients attendaient des niveaux élevés d'empathie et des informations de haute qualité, quel que soit le niveau de mauvaises nouvelles.

2.4.4. L'étude d'Esterle, Muñoz Sastre & Mullet (2011), portant sur les relations sexuelles des personnes âgées

But : déterminer les conditions d'acceptabilité des relations sexuelles chez les personnes âgées par les participants issus du grand public.

Méthode : 36 scénarii dérivant des situations de relations sexuelles chez la femme âgée ont été présentés aux participants. Les quatre facteurs analysés sont : « le type de

relation » (mariée avec une relation hétérosexuelle, non mariée, mais en couple hétérosexuel, non mariée mais en couple homosexuel), « la durée de la relation » (plusieurs années, seulement deux ans), « la possibilité de l'intimité de la relation sexuelle » (oui vs non) et « l'âge de la personne » (entre 65 et 70 ans contre 80 et 85 ans). Étant donné le grand nombre de participants à forte implication religieuse, les chercheurs ont aussi inclus dans leur étude, le facteur « implication religieuse ».

Participants : l'échantillon est composé de 427 participants issus du grand public et habitant à Toulouse, France.

Résultats : les facteurs qui ont le plus de poids, dans l'acceptabilité de la sexualité chez la personne âgée, sont « le type de relation » et « la possibilité d'intimité » tandis que « la durée de la relation » et « l'âge de la personne » ont une influence plus faible sur le jugement. Trois clusters peuvent se différencier : pour le premier cluster, de 77 participants, les relations sexuelles pour les personnes âgées sont toujours acceptables et ne dépendent pas d'autres facteurs, comme l'institution ou le statut marital. Pour le deuxième cluster, de 107 participants, l'acceptabilité des relations sexuelles est strictement conditionnée par « la possibilité d'intimité de la relation sexuelle ». Enfin, le troisième cluster, le plus important, composé de 243 participants, l'acceptabilité des relations sexuelles dépend de « l'intimité de la relation » ainsi que du « statut marital » ou « le type de relation ».

Conclusion : les auteurs ont montré que l'acceptabilité des relations sexuelles des personnes âgées varie largement en fonction des facteurs présentés dans les scénarii. Elles sont considérées comme un droit de la personne âgée. De ce fait, les institutions devraient s'adapter à leurs besoins sexuels.

Dans le domaine de la psychologie de la santé, plusieurs situations de jugement ont été abordées, en suivant le protocole de recherche issu de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de N. H. (1981, 1982, 1991a, 1996, 2008). Les quatre études que nous avons présentées précédemment en sont quelques exemples. Tous ces travaux concernent des questions éthiques, portant principalement (mais pas exclusivement) sur le domaine médical. Nous présenterons, maintenant, la partie empirique de notre travail, portant une attention spéciale aux infirmières. Ainsi, nous aborderons le jugement d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire et le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de la technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Nous utiliserons également la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de N. H. (1981,1982, 1991a,1996, 2008).

**3. PREMIÈRE ÉTUDE. LE
JUGEMENT D'ACCEPTABILITÉ
DU REFUS PAR LES
INFIRMIÈRES DE SOULAGER
LA DOULEUR AIGUË
POSTOPÉRATOIRE**

3.1. PROBLÉMATIQUE

Notre première étude a pour but d'explorer les conditions d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), prescrit en « si besoin » une fois la pompe à morphine retirée, chez les patients en situation de douleur aiguë postopératoire qui en font la demande. Nous nous proposons donc d'explorer les différentes positions personnelles des infirmières et celles d'autres professionnels (médecins, psychologues et aides-soignantes) qui vont faire que refuser de soulager la douleur d'un patient douloureux en postopératoire par l'administration d'une autre dose d'un antalgique opiacé, prescrit en « si besoin » une fois la pompe à morphine retirée, sera jugé comme « *tout à fait acceptable* » ou « *tout à fait inacceptable* ». Par ailleurs, nous nous proposons également d'étudier les différentes positions chez les individus lambda (familles, accompagnants...). De plus, ces attitudes n'ont auparavant jamais été étudiées parmi cette population.

Après une révision de la littérature, nous avons pu constater que les infirmières ont la responsabilité principale de la gestion de la douleur des patients (Bell & Duffy, 2009, Denny & Guido, 2012 ; Pierce et al., 2001 ; Reynolds et al., 2013). La plupart des infirmières occidentales seraient probablement d'accord pour dire que la douleur physique doit, le plus complètement et le plus rapidement possible, être empêchée, surveillée, et soulagée (Drew et al., 2014). Il se peut qu'il y ait cependant des circonstances où la gestion de la douleur des patients s'avère être vraiment difficile, même dans des situations où les conditions de travail sont idéales et les médecins et autres professionnels de la santé y sont favorables (Rees, King & Schmitz, 2009).

Nous avons aussi constaté que l'utilisation d'antalgiques morphiniques (opioïdes de palier III) souffre encore de préjugés, pouvant entraver l'application de « la prescription médicale anticipée », aussi appelée « si besoin » ou celles des « protocoles postopératoires » mis en place une fois la pompe à morphine enlevée. En effet, aujourd'hui, malgré toute la législation concernant la prise en charge de la douleur et la politique de sécurité et qualité des soins établie par la HAS, il y existe encore des réticences de la part des professionnels de santé dans l'utilisation des antalgiques morphiniques.

Dans les soins, la prise en charge de la douleur est une réelle problématique au cœur du métier de soignant. En pratique, les soignants adoptent diverses positions

personnelles face au soulagement de la douleur. En effet, des études antérieures ont trouvé des différences de points de vue concernant la façon adéquate de gérer la souffrance des patients entre médecins et infirmières (Nortvedt, Kvarstein & Jønlund, 2005 ; Rees et al., 2009), ainsi qu'entre infirmières (Denny & Guido, 2012) et entre médecins (Mas et al., 2010).

Dans la continuité de l'étude réalisé par Mas et al., (2010), il nous semble pertinent de poursuivre cette ligne de recherche, mais en nous intéressant aux infirmières. Nous allons explorer les positions personnelles de professionnels infirmiers, travaillant en France, au sujet de l'acceptabilité de refuser de délivrer une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique) à un patient en postopératoire qui en fait la demande. Nous allons également, comparer les positions des infirmières et celles d'autres professionnels de santé : les médecins, les psychologues et les aides-soignantes. Dans notre étude, qui ouvre un champ de recherche novateur, nous avons choisi de nous intéresser également au « grand public ». Nous allons comparer les positions des infirmières et du grand public. Les différences dans leurs positions peuvent avoir des répercussions dans les soins prodigués aux patients, du fait du conflit éthique issu de l'écart entre les besoins des infirmières et celles des patients (Rees et al., 2009).

Dans les scénarii utilisés dans notre étude, nous précisons que le médecin vient de prescrire l'arrêt de la pompe intraveineuse de morphine, la PCA (Patient Controlled Analgesia ou analgésie autocontrôlée par le patient), pour prescrire des opiacés par voie orale. Mais, nous ne précisons pas qu'il s'agit d'une « prescription médicale anticipée » aussi appelée « si besoin », ou d'un « protocole antalgique postopératoire », où l'infirmière a une marge de liberté dans l'administration des antalgiques prescrits.

3.2. OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Notre recherche a pour objectif d'étude **le jugement d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique) (prescrit en « si besoin » une fois la pompe à morphine retirée), à la demande du patient, et tel qu'il est perçu par les professionnels infirmières, médecins, psychologues et aides-soignantes, ainsi que pour les citoyens ordinaires, « le grand public ».**

Notre recherche s'inscrit dans le domaine de la Psychologie Cognitive, appliquée à la Psychopathologie Clinique et à la Psychologie Clinique de la Santé. Son objectif

premier, à visée compréhensive, est d'étudier les jugements que font les infirmières, les médecins, les psychologues, les aides-soignantes et le grand public dans le cas de refus du soulagement de la douleur aiguë postopératoire à un patient qui en fait la demande.

Nous nous proposons d'étudier les facteurs qui, dans différentes situations où un patient douloureux demande à l'infirmière une autre dose d'antalgique, vont faire que le comportement de l'infirmière soit perçu comme « *pas du tout acceptable* » à « *tout à fait acceptable* ». Nous identifierons ainsi différentes positions sur **l'éthique de la gestion de la douleur aiguë liée au refus du soulagement de la douleur**. Pour cela, nous avons composé des scénarii selon les principes de la Théorie Fonctionnelle de l'Intégration de l'Information de N. H. Anderson (Anderson, 1981, 1996, 2008).

Les soixante-douze scénarii présentés aux participants et qui doivent être jugés sont le résultat de la combinaison de quatre facteurs situationnels :

- « **L'âge du patient** » (Davis & Srivastava, 2003 ; Denny & Guido, 2012 ; Rees et al., 2009) : « personne **adulte** » (44-45-46 ans) » ou « personne **âgée** (79-80-81 ans) ». Ce facteur exprime le principe de justice (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- « **le degré de douleur évalué par l'infirmière** » (Choi, Snow & Kunik, 2016 ; McCaffery, Pasero & Ferrel, 2007 ; Hjermstard et al., 2011 ; Igier et al., 2006), sur une échelle verbale analogique (EVA), notée de 0 à 10 : « douleur évaluée par l'infirmière à **9 sur 10** », « douleur évaluée par l'infirmière à **6 sur 10** » et « douleur évaluée par l'infirmière à **3 sur 10** ». Ce facteur exprime le principe de bienfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).
- « **la demande du patient à être soulagé de sa douleur** » mesurée par l'insistance à demander un « médicament antidouleur » (Buchbinder, Wilbur, McLean & Sleath, 2015 ; Nortvedt et al., 2005) : « le patient demande **5-6 fois (très grande insistance)**, « le patient demande **3-4 fois (insistance moyenne)** ou « le patient demande **1 fois (pas d'insistance)**. Ce facteur exprime le principe d'autonomie (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- « **le risque encouru par le patient** » associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. (Denny & Guido, 2012 ; Huxtable, Roberts, Somogyi & MacIntyre, 2011 ; Davis & Srivastava, 2003). « la dernière dose d'antalgique morphinique a été administrée il y a **2h (risque élevé ou très important)** », « la dernière dose d'antalgique morphinique a été administrée il

y a **4h** (risque **moyen ou important**) » ou « la dernière dose d'antalgique morphinique a été administrée il y a **6h** (risque **bas ou pas important**) ». Ce facteur exprime le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).

À ces quatre facteurs, nous en avons rajouté deux autres :

- « **le résultat de l'intervention chirurgicale** » (Fletcher et al., 2008 ; Apfelbaum et al., 2003) : « intervention chirurgicale avec **succès** ou réussie » ou « intervention chirurgicale avec **échec** ou non réussie ». Cette dernière modalité, associée aux complications chirurgicales. Ce facteur exprime le principe de justice (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) ;
- « **l'administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient** ». (Juhl et al., 1993 ; Resnik, Rehm & Minard, 2001 ; Davis & Srivastava, 2003) : « l'infirmière **n'administre rien**, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur » ou « l'infirmière administre au patient, **un gramme de paracétamol** (antalgique de palier I), pour soulager sa douleur ». Ce facteur exprime le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).

Les facteurs seront intégrés dans des plans expérimentaux orthogonaux afin de proposer aux participants de l'étude toutes les combinaisons possibles de leurs différentes modalités. Le degré d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient devrait être déterminé par ces différents facteurs et cela en fonction de l'ordre d'importance qui leur sera accordé par les participants.

L'ensemble de nos facteurs, déjà étudiés dans la littérature scientifique, ne permettent que quelques hypothèses. Compte tenu de la méthodologie utilisée, de la Théorie de l'intégration de l'information de N. Anderson (1981, 1996, 2008) et de nos facteurs, nous pouvons proposer **les hypothèses de recherche** suivantes :

- les participants donnent des poids différents aux facteurs précités, pour juger du degré d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient ;
- la position des répondants professionnels de santé devrait avoir un impact spécifique sur le jugement d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire par l'administration d'une autre dose d'antalgique

opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient. Autrement dit, le jugement des professionnels de santé, concernant la problématique éthique relative à la gestion de la douleur devrait impacter la décision de refuser ou non de soulager la douleur dans la prise en soin d'un patient en postopératoire ;

- les participants devraient pouvoir être classifiés en plusieurs clusters en fonction du poids qu'ils accordent à chacun de six facteurs présents dans l'étude. Il devrait y avoir autant de clusters que de patrons de réponse ;
- les jugements des professionnels de santé devraient différer de ceux du grand public ;
- le jugement des participants devrait être différent selon l'effet des variables individuelles (l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'expérience douloureuse antérieure...).

Concernant les infirmières :

- les infirmières devraient donner la priorité au principe bioéthique d'autonomie (Beauchamp et Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et ainsi donner des analgésiques aux patients à chaque fois qu'ils le demandent même si leur niveau de douleur semble être assez faible ;
- les infirmières devraient donner la priorité au principe bioéthique de bienveillance (Beauchamp et Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et donner une forte dose d'analgésiques aux patients dont le niveau de douleur paraît élevé en dépit de leur réticence à prendre des opiacés ;
- les infirmières devraient donner priorité au principe bioéthique de non-malveillance (Beauchamp et Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et refuser de donner des analgésiques pour soulager la douleur des patients, lorsque ces doses répétées mettraient leur vie en danger ou feraient surgir des effets secondaires indésirables ;
- les infirmières devraient donner priorité au principe bioéthique de justice (Beauchamp et Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et fournir la même quantité d'opiacés aux jeunes comme aux patients âgés malgré le risque plus élevé d'effets indésirables avec les opiacés chez ces derniers.

Nous allons maintenant développer la méthodologie utilisée dans la présente étude.

3.3. MÉTHODE

3.3.1. Participants

Les participants de l'étude sont des volontaires non rémunérés et recrutés individuellement. Ainsi, parmi les 550 participants contactés, 425 personnes (77,27%) ont accepté de participer à notre étude, mais 30 personnes (7%) ont décidé d'abandonner en cours de route en lien avec leur difficulté à rester concentrés pendant la passation du protocole. En effet, ils disaient que remplir les scénarii leur demandait beaucoup de temps et d'effort (23 personnes sur 30). De plus, un autre petit groupe exprimait qu'ils ne pouvaient pas le remplir par manque d'information de la part du médecin (7 sur 30). L'échantillon final, issu de la population générale, était donc constitué de 395 participants (71,82% des individus contactés), 99 hommes, âgés de 18 à 81 ans (âge moyen 45 ans, écart type 15,91) et 296 femmes ; âgées de 18 à 82 ans (âge moyen 42 ans, écart type 13,80).

Tous les participants devaient « être majeurs », c'est-à-dire avoir 18 ans ou plus au moment de la passation, et « avoir une bonne compréhension de la langue française », afin de pouvoir comprendre les consignes données et l'ensemble des éléments décrits dans les scénarii. De plus, tous les participants devaient donner leur accord verbal éclairé avant participation à l'étude. À ce sujet, nous avons respecté la demande des participants qui souhaitaient un accord par écrit (cf. *Annexe 4*).

Les participants ont été interrogés dans les régions Sud-Ouest, Sud-Est et Centre de la France. Notre objectif était d'avoir un échantillon représentatif de la population française, composé de participants issus tant de zones périurbaines que rurales. Dans la région d'Occitanie, nous avons contacté les participants, plus particulièrement, dans les villes de Toulouse et ses agglomérations (Midi-Pyrénées) et Pamiers et ses alentours (Ariège). Nous avons également contacté les participants en région Provence-Alpes Côte d'Azur, dans les villes de Marseille et Saint-Tropez, et ses agglomérations, ainsi qu'à Paris et Ile de France.

Nous avons aussi tenu compte de variables indépendantes autres que le sexe et l'âge, comme : le niveau d'études, l'ancienneté dans l'unité de soins actuelle, le lieu (unité de soins) du travail, l'expérience douloureuse vécue et la préoccupation pour la douleur. Afin d'avoir un aperçu descriptif de notre échantillon, nous pouvons voir des détails de données dans l'*Annexe 6*.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant participé à l'étude, nous retrouvons un groupe majoritaire, le groupe du « grand public », constitué de 169 participants (42,78%), 67 hommes et 102 femmes, dont la moyenne d'âge est respectivement de 47 ans et de 47 ans. Ce groupe se caractérise par un niveau de formation de Baccalauréat. 5 personnes n'ont pas renseigné leur niveau d'études ni leur ancienne profession et 23 personnes sont déjà à la retraite.

Ils ont été approchés sur leur lieu d'étude dans le cas des étudiants, sur leur lieu de travail, de loisir ; dans la salle d'attente des consultations de leur médecin traitant et les consultations douleur, pendant qu'ils accompagnaient leurs familles dans les établissements de santé, ou bien encore ils ont été approchés pendant qu'ils marchaient dans les rues de Toulouse, Marseille, Saint-Tropez ou Paris.

En ce qui concerne le groupe de professionnels, un rendez-vous a été fixé par téléphone sur leur lieu de travail. Les unités de soins où nous sommes allés les rencontrer sont : la rééducation, la chirurgie, la médecine, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les cabinets libéraux, les Services de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), la traumatologie et les IFSI.

Nous retrouvons, un groupe majoritaire de 138 infirmières (34,94%). Elles ont une moyenne d'âge de 42 ans pour les hommes et de 30 ans pour les femmes. Dans ce groupe nous avons inclus tant les infirmières que les Cadres de Santé. En effet, étant donné que l'analyse réalisée n'a pas montré de différences entre ces deux catégories, nous avons décidé de les regrouper. C'est une population titulaire d'un Diplôme d'État d'Infirmier, niveau BAC plus 3. Seulement 3 IDE (2,17%) sont en possession d'un Diplôme Inter-Universitaire sur la douleur. 107 infirmières n'ont pas renseigné leurs formations. Ce groupe a une expérience professionnelle antérieure de 12 ans en moyenne. La plupart travaillaient dans un centre privé.

Le groupe des médecins, 33 participants, 15 hommes avec une moyenne d'âge de 46 ans et 18 femmes avec une moyenne d'âge de 39 ans, sont dans la grande majorité des médecins généralistes (20 participants, 60,60 %), avec une formation supérieure (Bac plus 5 et plus).

Le groupe des aides-soignantes, d'environ autant de participants : 32 personnes ont participé à l'étude, 28 femmes (âge moyen 41 ans) et 4 hommes (âge moyen 31 ans). Ils sont en possession d'un diplôme inférieur au baccalauréat et ont une expérience professionnelle de 13 ans en moyenne.

Le groupe minoritaire concerne les psychologues, seulement 23 personnes ont accepté de participer, uniquement des femmes avec une moyenne d'âge de 36 ans.

Elles ont une formation de Bac plus 5 et une expérience professionnelle de 6 ans en moyenne.

Nous avons également exploré les variables indépendantes relatives au vécu d'une expérience douloureuse antérieure (cf. *Tableau 3-5*). 351 participants (88,86 %) ont déjà été confrontés à la douleur contre 44 personnes (11,14%) qui disent ne jamais y avoir été confrontés. Parmi les situations vécues comme douloureuses, les participants ont signalé (par ordre croissant) : l'accouchement (44 personnes), les accidents de la vie courante et problèmes médicaux (160 personnes) et les interventions chirurgicales (191 participants). De même, nous avons exploré le degré de préoccupation qu'ils accordent à la douleur (cf. *Annexe 6*).

3.3.2. Matériel

Le matériel utilisé qui a permis la réalisation de cette étude se compose :

- d'un carnet de 72 scénarii (cf. *Annexe 2*) réalisés suivant les recommandations de Norman Anderson pour ce genre d'étude (Anderson, 1981, 1996, 2008, Rejeh, Ahmadi, Mohamadi, Anoosheh & Kazemnejad, 2009) ;
- d'un questionnaire de renseignements, composé de trois parties (cf. *Annexe 3*). La première concerne les caractéristiques personnelles des participants. La deuxième concerne leur vécu d'une expérience douloureuse antérieure et enfin, la troisième évoque l'importance qu'ils accordent à la douleur ;
- d'une fiche de consentement éclairé de participation (cf. *Annexe 4*).

3.3.2.1. Les scénarii

Les 72 scénarii, regroupés dans un carnet, ont été concrétisés en fonction du Plan expérimental qui découle de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de N. Anderson (1981, 1996, 2008) (cf. *Annexe 2*). Ils décrivent des situations fictives, inspirées tant de la littérature que de l'expérience personnelle. Un scénario de base a été décrit par une infirmière expérimentée et montré à trois autres infirmières qui ont proposé des modifications mineures. Ce scénario de base décrivait la situation d'un patient de sexe masculin qui se remet d'une chirurgie du cancer et demande le soulagement de sa douleur à l'infirmière. Dans ce scénario, la chirurgie a été un succès (<1>), et l'infirmière a décidé de ne pas se conformer à la demande du patient par crainte des risques pour sa santé (<1>).

Il était structuré en fonction de plusieurs informations qui correspondent aux modalités des quatre facteurs intra-sujets énoncés précédemment (cf. *Tableau 3-1*) : « l'âge du patient », « la douleur évaluée par l'infirmière », la « demande du patient à être soulagé de sa douleur » et « le risque encouru par le patient ». À partir de ce scénario de base, 53 scénarii supplémentaires ont été composés en modifiant systématiquement les différentes modalités des 4 facteurs mentionnés ci-dessus. Le facteur « âge du patient » présente 2 modalités (environ 40 ans vs environ 80 ans). La « douleur évaluée par l'infirmière » possède 3 modalités (la douleur était évaluée à 9, 6 ou 3 sur 10 par l'infirmière). La « demande du patient à être soulagé de sa douleur » avec 3 modalités (le patient demande 5-6 fois, 3-4 fois ou 1 fois). Il y a également 3 modalités du facteur « risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III » (la dernière dose était administrée il y a 2, 4 ou 6 heures) ($2*3*3*3$). Les 54 scénarii ($<1*1>*2*3*3*3 = 54$) sont présentés dans l'*Annexe 2*.

Neuf de ces 54 scénarii ont été reproduits deux fois. Dans la première série de scénarii supplémentaires (cf. *Annexe 2*), il a été indiqué que l'intervention chirurgicale n'est pas réussie ($<1>$). Dans la deuxième série de scénarii supplémentaires (cf. *Annexe 2*), il a été indiqué que l'intervention chirurgicale est réussie ($<1>$) et que le patient avait reçu un gramme de paracétamol (antalgique de palier I) ($<1>$). Dans ces scénarii, le patient était toujours d'environ 80 ans ($<1>$) et le nombre de demandes antérieures était toujours de 3 à 4 ($<1>$). Les scénarii varient seulement en fonction du degré de « douleur exprimée par le patient et évaluée par l'infirmière » et le niveau de « risque encouru par le patient. Résultant :

$$(<1*1*1*1>*3*3 = 9) \text{ et } (<1*1*1*1>*3*3 = 9).$$

En résumé, les 72 possibilités différentes de scénarii ont été réalisées en croisant deux modalités du facteur « âge du patient », trois modalités du facteur « douleur évaluée par l'infirmière », trois modalités du facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur » et enfin, trois modalités du facteur « risque encouru par le patient associé à l'administration d'une dose supplémentaire ». Nous avons complété les scénarii avec deux modalités du facteur « résultat de l'intervention chirurgicale » et deux modalités du facteur « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient ».

Afin de permettre aux participants d'émettre un jugement, les scénarii ont été complétés d'une question et d'une échelle de réponse. La question était :

« Dans quelle mesure le comportement de l'infirmière
vous semble-t-il acceptable ? »

L'échelle de réponse, type Likert de 11 degrés (de 0 à 10), avec un ancrage à gauche de « *pas du tout acceptable* » (degré 0) et un ancrage à droite de « **tout à fait acceptable** » (degré 10). (Anderson, 1996, 2008, 2013).

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

Pour la passation, les scénarii ont été organisés aléatoirement, dans un ordre différent pour chaque participant. Quelques exemples de scénarii :

Madame Busquet est infirmière au service de chirurgie digestive de l'hôpital Legammar.
Monsieur Pereidra, **79 ans**, a été récemment **opéré d'un cancer avec succès**.
On lui a ôté la pompe à morphine.
Il souffre cependant considérablement (**9/10**).
Le Dr Graches a prescrit des opiacés.
Monsieur Pereidra demande avec **beaucoup d'insistance** à ce qu'on lui administre un antidouleur. Il a déjà appelé **six fois**.
Madame Busquet **ne le lui administre pas immédiatement**.
Elle considère que Monsieur Pereidra a reçu une dose d'opiacés il y a seulement **deux heures**.
Ce serait prendre **un gros risque** du fait des associations avec d'autres médicaments.

Dans quelle mesure le comportement de l'infirmière vous semble-t-il acceptable ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

Figure 3-1. Descriptif de scénario de la première étude

Madame Beamont est infirmière au service de chirurgie digestive de l'hôpital Saint Aimé des Lacs.
Monsieur Perrier, 80 ans, a été récemment **opéré d'un cancer avec succès**.
On lui a ôté la pompe à morphine.
Il souffre cependant considérablement (**9/10**).
Le Dr Six a prescrit des opiacés.
Monsieur Perrier demande **avec insistance** à ce qu'on lui administre un antidouleur. Il a déjà appelé **quatre fois**.
Madame Beamont **ne lui administre pas les opiacés immédiatement, mais lui administre un gramme de paracétamol**.
Elle considère que Monsieur Perrier a reçu une dose d'opiacés il y a seulement **quatre heures**. Ce serait prendre **un certain risque**.

Dans quelle mesure le comportement de l'infirmière vous semble-t-il acceptable ?

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

Figure 3-2. Descriptif de scénario de la première étude

3.3.2.2. Le plan expérimental

La Théorie de Norman Anderson (1981, 1996, 2008) nous permet de créer un plan expérimental croisant de manière orthogonale des différents facteurs « intra-sujets » et « inter-sujets » concernant la présente étude. Pour ce qui concerne les 54 scénarii de base, il peut être présenté comme suit :

**« <IC2*AT2>A2*DD3*D3*R3 »
(<1*1>*2*3*3*3 = 54 scénarii)**

« A4*S2*Pr5*NE2*DID2*TUS4*AUS5*BS5*EDA2*SDV3*Ich2*
GICH5*PD5 »

Les facteurs intra-sujets du plan « <IC2*AT2>A2*DD3*D3*R3 » représentent : << résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention ou intervention chirurgicale réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur »> * « Âge du patient » * « Degré de Douleur évalué par l'infirmière » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » mesuré par l'insistance à demander un antalgique * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur « résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention ou intervention chirurgicale réussie » et le facteur « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur ».

« A4*S2*Pr5*NE2*DID2*TUS4*AUS5*BS5*EDA2*SDV3*Ich2*GICH5*PD5 » représente les facteurs inter-sujets : « Âge du participant » * « Sexe du participant » * « Profession » * « Niveau d'Études » * « Diplôme Inter Universitaire Douleur » * « Type d'unité de soins » * « Ancienneté dans l'Unité de Soins » * « Bonne Santé » * « Expérience Douleuruse Antérieure » * « Situations Douleuruses Vécues » * « Intervention Chirurgicale » * « Gravité de l'Intervention » * « Préoccupation pour la Douleur ».

La synthèse de tous les effets (cf. *Annexe 5*) témoigne de l'impact des facteurs intra-sujets sur le degré d'acceptabilité du refus par l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient. Les participants ont pris en compte quatre facteurs pour juger de cette acceptabilité.

Pour les 9 scénarii supplémentaires couplés avec les 9 scénarii correspondants le plan de base, le plan expérimental peut être représenté comme suit :

« <IC2*AT2*A2*D3>*DD3*R3 »
(<1*1*1*1>*3*3 = 9 scénarii)

« A4*S2*Pr5*NE2*DID2*TUS4*AUS5*BS5*EDA2*SDV3*Ich2*
 GIch5*PD5 »

Les facteurs intra-sujets du plan « <IC2*AT2*A2*D3>*DD3*R3 » représentent : « Résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « échec de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale non réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur » * « Âge du patient » dans la modalité « personne âgée (80 ans) » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » dans la modalité « le patient demande 3 ou 4 fois (insistance moyenne) » > * « Degré de douleur exprimé par le patient et évalué par l'infirmière » * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur « Âge du patient », dans la modalité « personne âgée (79-80-81 ans) » et le facteur « Demande du patient à être soulagé » mesuré par l'insistance à demander un antalgique, dans la modalité « le patient appelle de 3 à 4 fois (insistance moyenne) ».

« A4*S2*Pr5*NE2*DID2*TUS4*AUS5*BS5*EDA2*SDV3*Ich2*GICh5*PD5 » représente les facteurs inter-sujets : « Âge du participant » * « Sexe du participant » * « Profession » * « Niveau d'Études » * « Diplôme Inter Universitaire Douleur » * « Type d'unité de soins » * « Ancienneté dans l'Unité de Soins » * « Bonne Santé » *

« Expérience Douloreuse Antérieure » * « Situations Douloreuses Vécues » * « Intervention Chirurgicale » * « Gravité de l'Intervention » * « Préoccupation pour la Douleur ».

Pour les 9 derniers scénarii supplémentaires couplés avec les 9 correspondant au plan de base, le plan expérimental peut être représenté comme suit :

« <IC2*AT2*A2*R3>*DD3*R3 »
(<1*1*1>*3*3 = 9 scénarii)

« A4*S2*Pr5*NE2*DID2*TUS4*AUS5*BS5*EDA2*SDV3*Ich2*
 GIch5*PD5 »

Les facteurs intra-sujets du plan « <IC2*AT2*A2*D3>*DD3*R3 » représentent : <« Résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière administre au patient pour soulager sa douleur un gramme de paracétamol (antalgique de palier I) » * « Âge du patient » dans la modalité « patient âgé (80 ans) » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » dans la modalité « le patient demande 3 ou 4 fois (insistance moyenne) » > * « Degré de douleur exprimé par le patient et évalué par l'infirmière » * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur « Age du patient », dans la modalité « personne âgée (79-80-81 ans) » et le facteur « Demande du patient à être soulagé » mesuré par l'insistance à demander un antalgique, dans la modalité « le patient appelle de 3 à 4 fois (insistance moyenne) ».

« A4*S2*Pr5*NE2*DID2*TUS4*AUS5*BS5*EDA2*SDV3*Ich2*GICh5*PD5 » représente les facteurs inter-sujets : « Âge du participant » * « Sexe du participant » * « Profession » * « Niveau d'Études » * « Diplôme Inter Universitaire Douleur » * « Type d'unité de soins » * « Ancienneté dans l'Unité de Soins » * « Bonne Santé » * « Expérience Douloreuse Antérieure » * « Situations Douloreuses Vécues » * « Intervention Chirurgicale » * « Gravité de l'Intervention » * « Préoccupation pour la Douleur ».

Pour des raisons pratiques et afin de faciliter la lecture des graphiques, nous avons fait le choix de représenter le facteur « degré de douleur exprimé par le patient et évalué par l'infirmière » par la lettre « **P** », du terme anglo-saxon « pain ».

3.3.2.2.1. Les facteurs intra-sujets

Les facteurs intra-sujets des plans « $\langle \text{IC2} * \text{AT2} \rangle \text{A2} * \text{DD3} * \text{D3} * \text{R3}$ » pour les 54 scénarii de base, « $\langle \text{IC2} * \text{AT2} * \text{A2} * \text{D3} \rangle * \text{DD3} * \text{R3}$ » pour les 9 scénarii supplémentaires et « $\langle \text{IC2} * \text{AT2} * \text{A2} * \text{D3} \rangle * \text{DD3} * \text{R3}$ » pour les 9 autres scénarii supplémentaires, représentent les variables indépendantes (VI) qui ont été manipulées lors de la construction des scénarii (VI_{intra}). Ce sont donc les caractéristiques des différents scénarii pour lesquelles les participants émettent un jugement. Le *Tableau 3-1* regroupe « les modalités des principaux facteurs intra-sujets » et le *Tableau 3-2* regroupe « les modalités des facteurs intra-sujets additionnels » de cette première étude, portant sur « le degré d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient ».

Les modalités des quatre principaux facteurs intra-sujets sont :

Tableau 3-1. Descriptif des quatre principaux facteurs intra-sujets (VI_{intra})

Facteurs intra-sujets (VI _{intra})	Modalités
À : « Âge du patient ».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient est une personne adulte de 44, 45 ou 46. 2. Le patient est une personne âgée de 79, 80 ou 81 ans.
DD : Degré de Douleur exprimé par le patient et évalué par l'infirmière » sur une échelle visuelle analogique (EVA) notée de 0 à 10.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La douleur évaluée par l'infirmière sur une échelle visuelle analogique (EVA) est de 9 sur 10. 2. La douleur évaluée par l'infirmière sur une échelle visuelle analogique (EVA) est de 6 sur 10. 3. La douleur évaluée par l'infirmière sur une échelle visuelle analogique (EVA), est de 3 sur 10.
D : « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » mesurée par l'insistance à demander un médicament antidouleur.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient demande 5-6 fois un médicament antidouleur (très grande insistance).

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Le patient demande 3-4 fois un médicament antidouleur (insistance moyenne). 3. Le patient demande seulement 1 fois un médicament antidouleur (pas d'insistance).
<p>R : « Le Risque encouru par le patient « associé à l'administration d'une dose supplémentaire d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La dernière dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), a été administrée il y a 2 heures (risque très important). 2. La dernière dose d'antalgique morphinique (opiacé de palier III) a été administrée il y a 4 heures (risque important). 3. La dernière dose d'antalgique morphinique (opiacé de palier III) a été administrée il y a 6 heures (pas de risque important).

Les modalités des deux facteurs intra-sujets additionnels sont :

Tableau 3-2. Descriptif des deux facteurs intra-sujets (Vintra) additionnels

Facteurs intra-sujets (Vintra)	Modalités
<p>IC : « Résultat de l'Intervention Chirurgicale »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Succès de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale réussie. 5. Echec de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale réussie.
<p>AT : l'Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. L'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur. 7. L'infirmière administre au patient un gramme de paracétamol (antalgique de palier I).

3.3.2.2.2. Facteurs inter-sujets

« A4*S2*NE2***DID2***TUS4*AUS4*BS5*EDA2***TSDV3***ICh2 » représente les variables indépendantes (VI) qui ont été contrôlées lors de la création d'un questionnaire de renseignements décrivant les participants (Vlinter). Ce sont donc les caractéristiques sociodémographiques des différents groupes de participants qui émettent un

jugement, les caractéristiques concernant l'état de santé au moment de la passation et l'expérience douloureuse vécue et l'importance qu'ils accordent à la douleur. Les *Tableaux 3-3, 3-4 et 3-5* regroupent les différentes modalités des facteurs-inter-sujets de l'étude portant sur « le degré d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient ».

Tableau 3-3. Descriptif des facteurs sociodémographiques inter-sujets (VIinter)

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteurs sociodémographiques	
À : Âge du participant	Entre 18 et 81 ans 1. De 18 à 30 ans. 2. De 31 à 40 ans. 3. De 41 à 55 ans. 4. De 56 et plus.
S : Sexe du participant	1. Homme 2. Femme
Pr : Profession du participant	1. Grand Public 2. Infirmières 3. Aides-Soignantes 4. Psychologues 5. Médecins
NE : Niveau d'Études du participant	1. Diplôme dans l'enseignement secondaire. 2. Diplôme dans l'enseignement supérieur.
DID : Diplôme Inter-Universitaire Douleur	1. Oui 2. Non
TUS : Type d'Unité de soins	1. Long séjour (Libéral, EPHAD, SSR, médecine) 2. Court séjour (Chirurgie, Réanimation, Soins Continus, Bloc opératoire) 3. Psychiatrie 4. École d'infirmières
AUS : Ancienneté dans l'Unité de soins	1. Moins d'un an 2. Entre 1 et 3 ans 3. Entre 4 et 10 ans 4. Plus de 10 ans

Tableau 3-4. Descriptif du facteur de l'état de santé au moment de la passation

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteur de l'état de santé au moment de la passation	
BS : Bonne Santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tout à fait faux 2. Plutôt faux 3. Ni vrai, ni faux 4. Plutôt vrai 5. Tout à fait vrai

Tableau 3-5. Descriptif des facteurs concernant l'expérience douloureuse vécue

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteurs concernant de l'expérience douloureuse vécue	
EDA : Expérience Douloureuse Antérieure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
SDAV : Situations douloureuses antérieures vécues	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aigüe 2. Chronique 3. Autres
ICH : Expérience douloureuse antérieure associée à une Intervention Chirurgicale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
GICH : Gravité de l'Intervention Chirurgicale	<ol style="list-style-type: none"> 1 Extrêmement grave 2 Très grave 3 Grave 4 Moyennement grave 5 Pas très grave
PD : Préoccupation par la Douleur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tout à fait faux 2. Plutôt faux 3. Ni vrai, ni faux 4. Plutôt vrai 5. Tout à fait vrai

Le questionnaire portant sur les variables individuelles (facteurs inter-sujets) (cf. *Annexe 3*) a été rempli par les participants après le carnet des scénarii.

3.3.2.3. Procédure

La passation des deux parties du protocole s'effectue de manière individuelle (sauf pour les personnes âgées qui souhaitent être aidées) et cela même si plusieurs

participants (maximum 5) sont réunis dans une salle. De façon à que les participants puissent se rendre disponibles, nous avons décidé de faire faire la passation dans la rue, dans une salle libre à l'Université Jean Jaurès à Toulouse, dans une salle libre en institution et dans un lieu où le participant, notamment les professionnels soignants, peuvent être dégagés d'autres tâches (auprès des patients et de l'équipe soignante), comme le bureau du cadre de santé, du médecin, une chambre vide, un bureau de consultation ou une salle de réunion disponible.

La passation a duré entre 15 et 45 minutes en fonction de l'âge des participants, tous ayant donné leur accord éclairé, soit verbal ou écrit (cf. *Annexe 4*). Nous avons pris soin de respecter l'anonymat et la confidentialité. De même, nous nous sommes rendus bienveillants. Autrement dit, nous n'avons pas formulé de jugements ; de critiques ou de désapprobations à l'égard des participants.

Pour les participants ayant eu besoin de s'exprimer au sujet de leurs douleurs, notamment en consultation douleur et en consultation chez le médecin traitant, nous avons adopté une attitude d'écoute et d'empathie.

La procédure de passation s'effectue en deux phases : la phase de familiarisation et la phase expérimentale. **Avant de commencer ces deux phases**, nous avons donné les **consignes** suivantes aux participants :

« Je vous présente un carnet constitué de différentes situations fictives relatives à la position de l'infirmière face au soulagement de la douleur quand un patient lui demande un médicament antidouleur.

Votre tâche consiste à lire attentivement chacune des situations proposées et répondre à la question de la manière la plus spontanée possible sur l'échelle de jugement qui suit chaque situation.

C'est une échelle graduée de 0 (pas du tout acceptable) à 10 (tout à fait acceptable) et vous devez cocher une unique case au plus juste pour vous.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses »

Une fois les consignes générales données, nous avons commencé **la phase de familiarisation** dont l'objectif est de permettre aux participants de prendre connaissance du matériel présenté ainsi que s'habituer à l'échelle d'acceptation (Anderson,

1981, 1996, 2008). Lors de cette phase, les participants peuvent poser des questions s'ils le souhaitent à l'expérimentateur. De plus, il est possible de revenir sur leurs propos, s'ils estiment qu'ils se sont trompés et donc ils peuvent mieux réfléchir à leurs réponses avant d'émettre leur jugement. Cette première phase dure entre 5 et 15 minutes. Pour chaque participant, 18 scénarii pris au hasard dans l'ensemble ont été présentés, soit un quart du total de nos 72 scénarii.

Une fois terminée cette première phase, l'expérimentateur récupère le carnet puis il rappelle les consignes en précisant aux participants :

*« Vous ne pouvez plus poser des questions
et il n'est plus possible de revenir en arrière afin de corriger des réponses »*

« Vous pouvez commencer quand vous voulez »

Cette deuxième phase, est **la phase d'expérimentation**. Elle dure entre 15 et 35 minutes, en fonction de la personne qui participe. Chaque participant évalue les 72 scénarii, présentés dans un ordre aléatoire, travaillant à son propre rythme. Les participants doivent se positionner sur l'échelle d'acceptation en fonction de leur jugement sur le comportement de l'infirmière en lien avec le soulagement de la douleur de son patient quand celui-ci lui demande un médicament antidouleur. Nous tiendrons compte de chacune de leurs réponses lors du traitement statistique.

Après cette deuxième phase, l'expérimentateur récupère l'ensemble des scénarii puis présente le questionnaire complémentaire. Nous prenons bien soin de respecter l'anonymat du participant à tout moment.

À la fin de la passation, nous remercions le participant de sa collaboration et nous lui proposons nos coordonnées (numéro de téléphone personnel et adresse e-mail), afin qu'il puisse à tout moment se retirer de l'étude ou demander des renseignements. À noter qu'aucun participant n'a demandé de restitution des données qui le concernaient.

23 participants ont avorté la passation en lien à la difficulté de concentration sur la lecture des scénarii pendant la phase d'expérimentation. Répondre leur demandait un important effort cognitif. 7 autres participants ont également avorté la passation en lien avec leur difficulté à répondre aux scénarii, considérant qu'ils manquaient d'informations pour se positionner. Ils ont verbalisé que les situations fictives présentées

étaient très loin de la réalité. Il faut noter qu'aucun des professionnels de santé a abandonné le protocole en cours de route.

Pendant la passation, 39% des participants ont exprimé leur vécu au sujet de l'expérience douloureuse. Ils ont évoqué leur représentation de la douleur, leur vécu, leur avis sur le système sanitaire actuel... Presque à l'unanimité, ils ont considéré la douleur comme un thème de haute importance, ce qui, d'après nous, peut justifier un pourcentage de refus de participation à l'étude très bas (22,72%).

Une fois les carnets récupérés, les réponses des participants ont été converties en valeurs numériques, et cela pour tous les scénarii de chaque carnet recueilli. Puis, pour l'ensemble de 72 scénarii, réalisés suivant la Théorie de N. Anderson (Anderson, 1996, 2008), chaque réponse donnée par le participant sur l'échelle d'acceptabilité (pouvant aller de « 0 » à « 10 ») a été retranscrite telle quelle dans une matrice de données brutes à l'aide d'un logiciel Excel. Ce même traitement a été appliqué pour toutes les informations recueillies sur le questionnaire de renseignements, concernant les caractéristiques personnelles, le vécu d'une expérience douloureuse antérieure et l'importance qu'ils accordent à la douleur. Chaque réponse a été associée à une valeur numérique, avant d'être reportée dans la matrice des données brutes. Par exemple, la variable indépendante « sexe » a été codée par : homme=1, femme=2. L'ensemble des valeurs numériques issues des 395 protocoles ont été traitées et analysées.

3.4. RÉSULTATS

Les données recueillies sur le degré d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient (prescrit en « si besoin » une fois la pompe à morphine retirée) et tel qu'il est perçu par les professionnels infirmiers, médecins, psychologues et aides-soignants, ainsi que pour le grand public, ont été transformées en valeurs numériques et retranscrites sur la matrice de données brutes. Ensuite, ces données ont été traitées à l'aide du logiciel STATISTICA et, afin de répondre à l'ensemble de nos objectifs de départ, nous avons réalisé différentes analyses. Dans un premier temps, nous avons réalisé une **analyse de classe**, connue sous le nom de « **cluster analysis** », ou **analyse en cluster** (Scheibler & Schneider, 1985 ; Hofmans & Muller, 2013). Cette analyse inclut un ensemble de techniques statistiques utilisées pour regrouper les participants de l'étude en un nombre réduit de positions différentes sur l'éthique de la gestion de la douleur aiguë.

Ici, dans le contexte de notre étude, la Théorie de l'intégration de l'information de N. Anderson (1981, 1996, 2008) (Bonds-Reacke, 2006. Cité par Hofmans & Muller, 2013) suggère une « analyse d'agglomération hiérarchique » (Hofmans & Muller, 2013). Cette analyse nous permettra de produire autant de groupes qu'il y a de participants en utilisant toutes les données. (Hofmans & Muller, 2013). Chaque participant de l'étude peut alors représenter un sous-groupe classe. Ces derniers seront ensuite regroupés afin d'obtenir des groupes homogènes en fonction de leurs similarités et leurs dissemblances, et cela jusqu'à ce que chaque participant fasse partie d'un groupe. Une analyse typologique a donc été réalisée sur les données brutes (Hofmans & Muller, 2013) afin de voir si des groupes de participants adoptent le même style de réponses. Cinq clusters ont ainsi été identifiés.

Dans un deuxième temps, une fois les cinq clusters définis, nous avons réalisé des **analyses de variance (ANOVAs)** sur les données de chaque cluster identifié. Cette approche nous a apporté une vision plutôt qualitative des groupes et donc de leurs divers modes de jugement, en fonction des différents facteurs de notre plan expérimental (cf. *Tableaux 3-1, 3-2, 3-3, 3-4, 3-5*), ainsi que de leurs effets combinés.

Nous avons évalué l'importance d'un ou de plusieurs facteurs de notre plan expérimental en comparant, d'une part, les variances entre les moyennes des clusters identifiés et d'autre part, les variances entre les moyennes à l'intérieur de chaque cluster pour les différents niveaux de facteurs de notre plan expérimental (intra-sujets), afin de déterminer si les clusters font tous partie d'un groupe plus large ou de groupes bien distincts ayant des caractéristiques propres. Nous avons ainsi vérifié l'hypothèse nulle selon laquelle les moyennes des différents niveaux de facteurs des cinq clusters sont égales et l'hypothèse alternative, selon laquelle au moins l'une d'elles diffère.

Enfin, une analyse de variance additionnelle a été réalisée afin de déterminer le poids des facteurs que les participants ont accordé au refus du soulagement de la douleur aiguë postopératoire par les infirmières, lié à l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient, ainsi que les effets combinés de ces différents facteurs.

Nous présenterons ensuite les résultats obtenus des analyses de variance et de l'analyse en cluster. Mais avant cela, pour éviter la répétition de l'expression « jugement d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), à la demande du patient, nous la remplacerons par l'expression « **jugement**

d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire ». Nous ferons de même pour toutes les moyennes relatives à l'acceptabilité s'échelonnant sur une échelle de réponse de 0 à 11 points, 10 étant le niveau d'acceptabilité le plus élevé. Ainsi, cette valeur d'échelle ne sera plus rappelée par la suite.

3.4.1. Résultats de l'analyse de variance pour les 54 scénarii

Nous avons réalisé une analyse de variance sur les facteurs intra-sujets, en suivant le plan « **<IC2*AT2>A2*DD3*D3*R3** » : << résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention ou intervention chirurgicale réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur » > * « Âge du patient » * « Degré de Douleur exprimé par le patient et évalué par l'infirmière » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » mesuré par l'insistance à demander un antalgique * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur « résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention ou intervention chirurgicale réussie » et le facteur « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur ».

La synthèse de tous les effets (cf. *Annexe 5*) témoigne de l'impact des facteurs intra-sujets sur le degré d'acceptabilité des participants. Ils ont pris en compte les quatre facteurs principaux de l'étude pour juger de l'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire. Nous allons maintenant observer si l'effet de ces facteurs est significatif.

3.4.1.1. Effets principaux des facteurs intra-sujets

Le degré d'acceptabilité moyen relatif aux facteurs intra-sujets (« âge du patient » * « douleur évaluée par l'infirmière » * « demande du patient à être soulagé de sa douleur » * niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), peuvent être retrouvés en *Annexe 5*. Étant donné que nous avons fait le choix de maintenir fixes deux modalités pour les 54 scénarii, les participants n'ont pris en compte que les quatre facteurs principaux pour établir leur

jugement. Nous avons donc maintenu la modalité « succès de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale réussie » du facteur « résultat de l'intervention chirurgicale » et la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur ». Le degré d'acceptabilité moyen pour tous les facteurs et leurs modalités se situe entre 2,41 et 5,01.

3.4.1.1.1. Facteur « âge du patient »

Le facteur intra-sujets « âge du patient » n'a pas d'effet significatif avec $F(1,307)=0,13$; $p=,71$. Cela signifie que les patients seront traités de façon équitable dans le soulagement de la douleur postopératoire.

3.4.1.1.2. Facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière »

Les résultats montrent que le facteur intra-sujets « douleur évaluée par l'infirmière » a un effet significatif avec $F(2,614)=14,32$; $p=,0000$. Cependant, nous constatons que le degré d'acceptabilité moyen varie d'un point quand la douleur notée sur une échelle visuelle analogique (EVA) passe de 9 à 3 sur 10. Les moyennes respectives sont : douleur notée à 9 sur 10 ($M=3,26$) et douleur notée à « 3 sur 10 ($M=4,26$). Nous constatons que le degré d'acceptabilité est seulement légèrement supérieur quand la douleur est notée à 6 sur 10 ($M=3,94$) (cf. *Figure 3-3*).

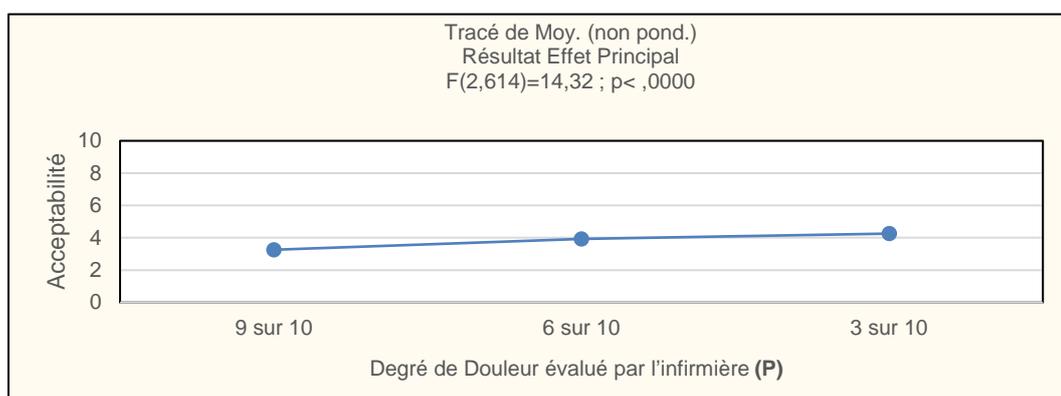


Figure 3-3. Effet principal du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière »

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « degré de douleur évaluée par l'infirmière » : douleur évaluée à 9 sur 10, douleur évaluée à 6 sur 10 et douleur évaluée à 3 sur 10. L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous pouvons en déduire que plus la douleur est importante moins il est acceptable de refuser de soulager la douleur des patient et vice-versa, plus la douleur est basse plus apparaît acceptable de refuser de soulager la douleur des patients. En effet, si le patient ne souffre pas beaucoup, les participants acceptent que l'infirmière ne soulage pas sa douleur immédiatement.

3.4.1.1.3. Facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur »

Le facteur intra-sujets « demande du patient à être soulagé de sa douleur » est mesuré par le nombre de fois qu'il en fait la demande, c'est-à-dire par l'insistance à être soulagé auprès de l'infirmière. Les résultats montrent que le degré d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire a un effet très important avec $F(2,614)=266,69$; $p=,0000$. Les moyennes sont respectivement $M=2,62$, $M=3,06$ et $M=5,01$ (cf. *Figure 3-4*).

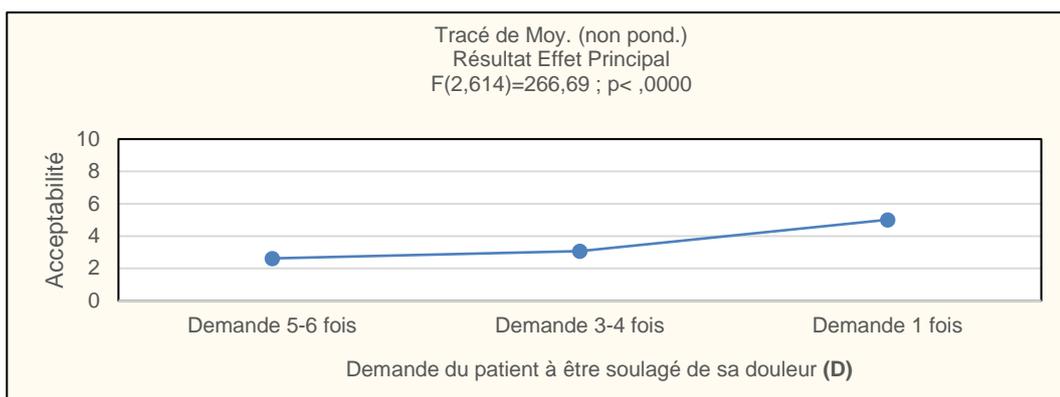


Figure 3-4. Effet principal du facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur »

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur » : le patient a sollicité l'infirmière 5-6 fois (très grande insistance), 3-4 fois (insistance moyenne) et une seule fois (pas d'insistance). L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous constatons que plus important est le nombre de fois que le patient sollicite l'infirmière pour être soulagé de sa douleur, moins il est acceptable pour les participants que l'infirmière refuse de lui administrer un médicament antalgique morphinique. Cependant, quand le patient ne fait la demande qu'une seule fois, que l'infirmière ne soulage pas sa douleur, est plus acceptable pour les participants. Avec une différence de 2,40 points, ce qui est assez important. Le facteur « demande du patient

à être soulagé » impacte donc le jugement d'acceptabilité des participants de façon importante.

3.4.1.1.4. Facteur « niveau de risque encouru par le patient »

Le facteur intra-sujets « risque encouru par le patient mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée » a trois modalités : il y a 2h (risque élevé ou très important), il y a 4h (risque moyen ou important) et il y a 6h (risque bas ou pas important). Les résultats montrent que le degré d'acceptabilité du refus des infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire a un effet très important avec $F(2,614)=162,17$; $p=,0000$. Les moyennes sont respectivement $M=4,78$, $M=3,50$ et $M=2,41$ (cf. *Figure 3-5*).

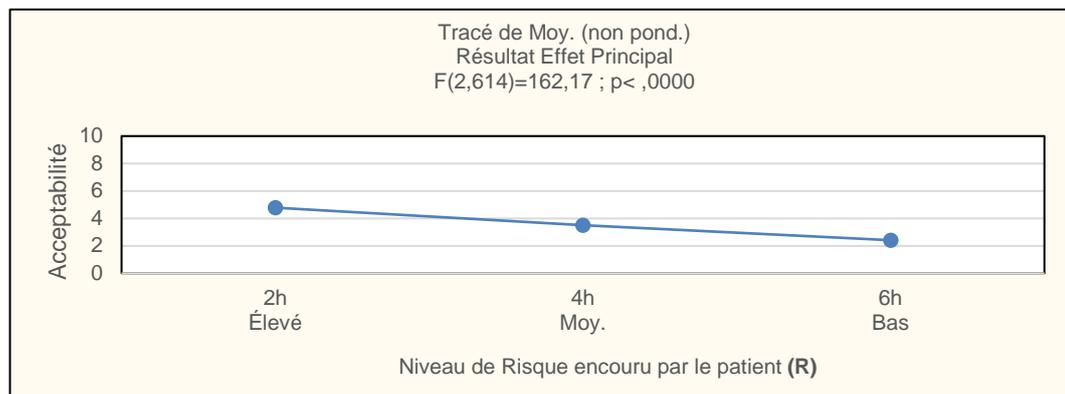


Figure 3-5. Effet principal du facteur « niveau de risque encouru par le patient »

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « risque encouru par le patient », mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée : modalité 1 (il y a 2h –risque élevé ou très important-), modalité 2 (il y a 4h –risque moyen ou important), et modalité 3 (il y a 6h –risque bas ou pas important). L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous constatons que quand le risque encouru par le patient est important (il y a seulement 2 heures) il est plus acceptable pour les participants que l'infirmière refuse de lui administrer un antalgique morphinique. Cependant, quand le niveau de risque est bas ou très bas (il y a 6 heures), l'infirmière doit soulager sa douleur. Que l'infirmière refuse de soulager la douleur du patient alors qu'il n'y a pas de risque ou qu'il est très bas, est moins acceptable pour les participants. Avec une différence de 2,37 points, ce qui est assez important. Le facteur « risque encouru par le patient » impacte donc le jugement d'acceptabilité des participants de façon importante.

3.4.1.2. Effets combinés des facteurs intra-sujets

Afin de comprendre la façon donc les participants de notre étude ont émis les jugements d'acceptabilité du refus, par l'infirmière, de soulager la douleur postopératoire d'un patient quand il le demande, nous avons fait le choix de présenter une vision d'ensemble tenant compte de la combinaison des facteurs significatifs dans notre étude : « demande du patient à être soulagé de sa douleur », « douleur évaluée par l'infirmière » et « risque encouru par le patient ». La combinaison de ces trois facteurs a un effet significatif sur le degré d'acceptabilité, avec $F(8,3120)=2,4693$; $p=,01149$. Les *Figures 3-6* et *3-7* illustrent leurs effets combinés.

Dans la *Figure 3-6*, l'axe vertical représente le degré d'acceptabilité des participants. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « niveau de risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée, soit : il y a 2h (risque élevé ou très important), il y a 4h (risque moyen ou important) et il y a 6h (risque bas ou pas important). Chaque graphique représente une des modalités de la « demande du patient à être soulagé de sa douleur ». Les graphiques de gauche représentent les patients qui ont fait la demande de 5 à 6 fois (très grande insistance), les graphiques du milieu représentent les patients qui ont fait la demande de 3 à 4 fois (insistance moyenne) et enfin, les graphiques de droite représentent les patients qui ont fait la demande seulement 1 fois (pas d'insistance). Les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « douleur évaluée par l'infirmière à 9 sur 10 », les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « douleur évaluée par l'infirmière à 6 sur 10 » et enfin, les tracés verts en pointillés représentent les modalités pour la modalité « douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 ».

Ces graphiques permettent de mettre en évidence que la « douleur du patient évaluée par l'infirmière » influence sur le degré d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire quand un patient en fait la demande. Nous observons chez les participants de droite des notations d'acceptabilité légèrement plus élevées que chez les participants du centre et du gauche. Ceci signifie que les participants de droite ont globalement plus tendance à accepter que l'infirmière refuse de soulager la douleur du patient. Le degré d'acceptabilité est plus bas quand le patient présente un risque bas, il fait la demande une seule fois, ou il ne demande pas. C'est seulement pour la modalité « douleur évaluée par l'infirmière à 9 sur 10 » que le degré d'acceptabilité est quasi similaire pour les trois niveaux du facteur « demande du patient à être soulagé ». Les participants trouvent donc inacceptable que l'infirmière ne

soulage pas la douleur du patient qui en fait la demande, notamment quand le risque est bas. L'écart entre deux tracés est plus important entre le degré de douleur à 3 sur 10 et 6 sur 10, et cela pour les trois graphiques, ce qui signifie que tous les participants sont plus sensibles à la preuve scientifique notamment quand le patient a des niveaux de douleur entre 3 et 6 sur 10.

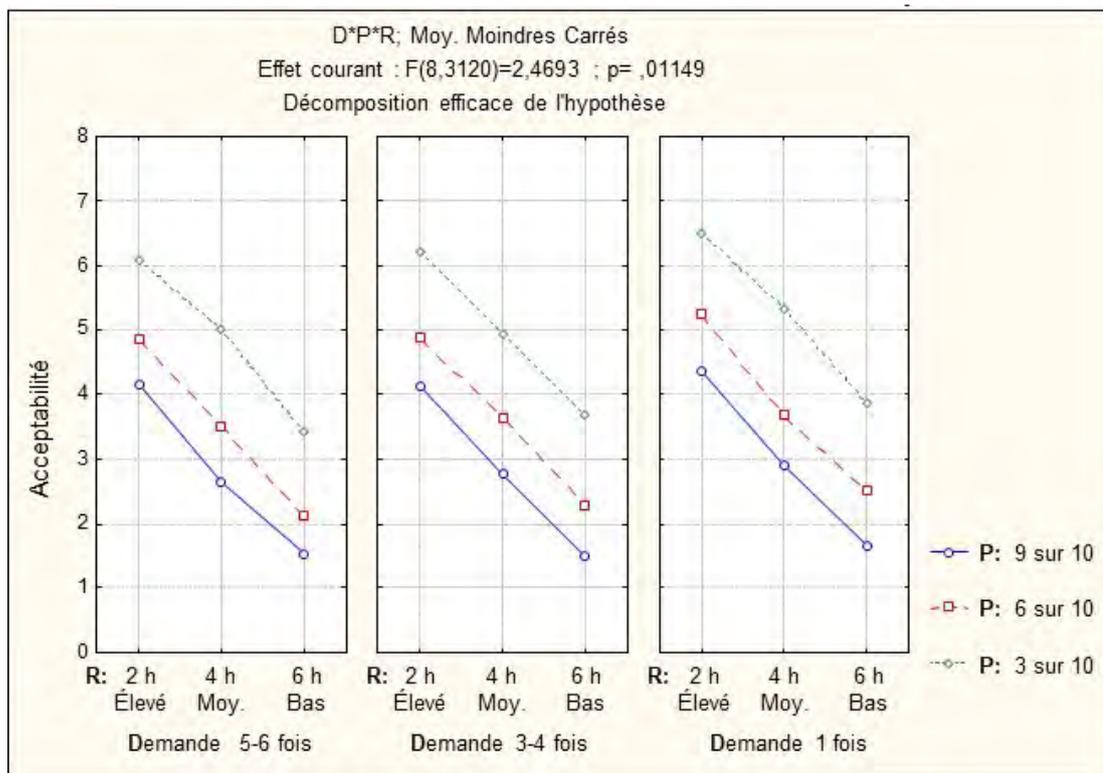


Figure 3-6. Effets combinés des facteurs « demande du patient à être soulagé de sa douleur » * « degré de douleur évalué par l'infirmière » * « niveau de risque encouru par le patient »

En conclusion, nous pouvons dire que le comportement des participants, concernant le facteur intra-sujet « douleur du patient évaluée par l'infirmière », fait l'objet d'un consensus quelle que soit le nombre de fois que le patient interpelle l'infirmière.

Dans la Figure 3-7, l'axe vertical représente le degré d'acceptabilité des participants. L'axe horizontal représente les différentes modalités des facteurs degré de douleur évalué par l'infirmière : 9 sur 10, 6 sur 10 et 3 sur 10. Chaque graphique représente une des modalités de la « demande du patient à être soulagé de sa douleur ». Les graphiques de gauche représentent les patients qui ont fait la demande de 5 à 6 fois (très grande insistance), les graphiques du milieu représentent les patients qui ont fait la demande de 3 à 4 fois (insistance moyenne) et enfin, les graphiques de droite représentent les patients qui ont fait la demande 1 fois (pas d'insistance). Ce qui concerne

le facteur « niveau de risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d’antalgique morphinique administrée, nous observons des tracés bleus pleins représentent les moyennes d’acceptabilité pour la modalité « 2h après l’administration d’une dose d’antalgique morphinique (risque élevé ou très important) », les tracés roses en tirets représentent les moyennes d’acceptabilité pour la modalité « 4h après l’administration d’une dose d’antalgique morphinique (risque moyen ou important) » et enfin, les tracés verts en pointillés représentent les moyennes d’acceptabilité pour la modalité « 6h après l’administration d’une dose d’antalgique morphinique (risque bas ou pas important) ».

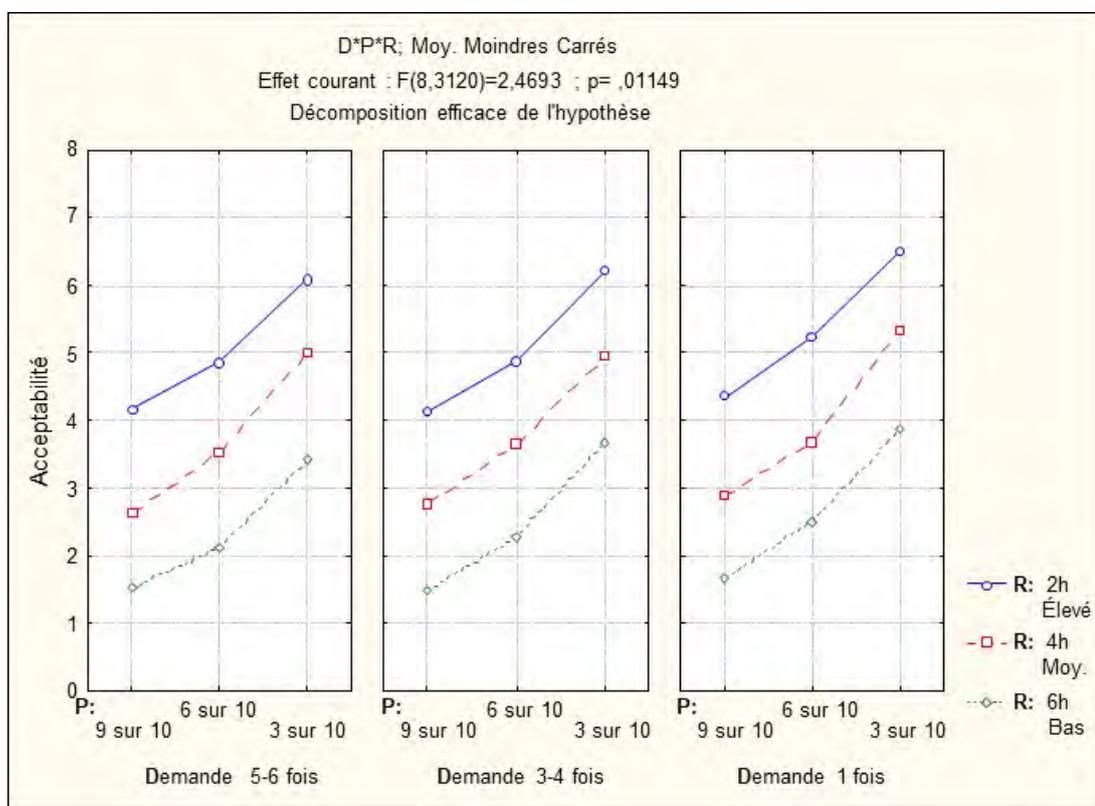


Figure 3-7. Effets combinés des facteurs « demande du patient à être soulagé de sa douleur » * « degré de douleur évalué par l’infirmière » * « niveau de risque encouru par le patient »

Ces graphiques permettent de mettre en évidence que le « risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis l’administration d’un médicament antalgique morphinique, influe sur le degré d’acceptabilité du refus de l’infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire par l’infirmière quand le patient en demande. Nous observons aussi que chez participants de droite, les notations d’acceptabilité

sont légèrement plus élevées que chez les participants du centre et de gauche. Ceci signifie que les participants de droite ont globalement plus tendance à accepter que l'infirmière refuse de soulager la douleur du patient. Le degré d'acceptabilité est plus élevé quand le patient présente un degré de douleur évalué à 3 sur 10 et que le risque est bas, qu'il fait la demande une seule fois ou qu'il ne demande pas. C'est seulement pour la modalité « douleur évaluée par l'infirmière à 9 sur 10 » que le degré d'acceptabilité est quasi similaire pour les trois modalités du facteur « demande du patient à être soulagé ». Les participants trouvent donc inacceptable que l'infirmière ne soulage pas la douleur du patient qui en fait la demande, notamment quand le degré de douleur est élevé. L'écart entre deux tracés est pratiquement le même pour les trois graphiques ce qui signifie que tous les participants sont plus sensibles à la preuve scientifique notamment en lien avec le niveau de risque encouru par le patient. En conclusion, comme dans la *Figure 3-6*, nous pouvons dire que le comportement des participants concernant le risque encouru par le patient fait l'objet d'un consensus, quel que soit le nombre de fois où le patient interpelle l'infirmière. Cependant, nous constatons des différences de comportement de facteurs dans les deux figures.

Dans la *Figure 3-6*, les courbes sont clairement descendantes, de plus acceptable de ne pas soulager la douleur des patients quand ils le demandent à moins acceptable. Ceci signifie que la relation « douleur évaluée par l'infirmière » et « risque encouru par le patient » est inversée. Les courbes ne sont pas parallèles. Elles sont séparées les unes des autres. Elles suivent une règle de soustraction.

Dans la *Figure 3-7*, les courbes sont ascendantes et clairement séparées les unes des autres, ceci signifie que la relation « risque encouru par le patient » et « douleur évaluée par l'infirmière » est jugée directe, par les participants. Les courbes ne sont pas parallèles. Elles suivent une règle multiplicative.

En conclusion, nous pouvons en déduire que les participants sont plus sensibles au facteur « niveau de risque encouru par le patient » qu'au facteur « degré de douleur évaluée par l'infirmière ». Effectivement, le « niveau de risque » porte un poids significatif dans l'interaction.

3.4.1.3. Effets des facteurs inter-sujets sur le degré moyen d'acceptabilité

Deux facteurs inter-sujets ont été analysés. Nous allons présenter tout d'abord l'analyse correspondant au facteur inter-sujets « profession des participants » et ensuite, le facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue ».

3.4.1.3.1. Effet du facteur inter-sujets « profession des participants » sur le degré moyen d'acceptabilité

Au regard du tableau de synthèse de tous les effets du facteur inter-sujet « profession » sur les facteurs intra-sujets pour l'ensemble de la population (*Annexe 5*), nous constatons que ce facteur a un effet important, avec $F(2,307)=36,67$; $p < ,0000$. Nous pouvons supposer que sur un échantillon de sujets plus important, cet effet sera aussi significatif. Les moyennes du facteur inter-sujets « profession des participants » sont présentées dans le *Tableau 3-6*.

Tableau 3-6. Degré moyen d'acceptabilité du facteur inter-sujets « profession des participants » sur les facteurs intra-sujets

« Profession »	Moyenne d'Acceptabilité $F(2,307)=36,67$; $p < ,0000$.
Grand public	4,67
Infirmières	2,64
Médecins	3,37

Ces résultats mettent en évidence les écarts entre les différentes professions, tant pour le grand public que pour les professions sanitaires, infirmières et médecins. Le degré moyen d'acceptabilité est en dessous de la moyenne, plus élevée pour le grand public, avec une valeur de la variable dépendante à proximité du centre de l'échelle de réponses ($M=4,67$). Pour les infirmières, il est plus inacceptable de ne pas soulager la douleur aiguë postopératoire quand le patient en fait la demande ($M=2,64$). Pour les médecins, l'acceptabilité est un peu plus élevée ($M=3,37$).

3.4.1.3.2. Effets du facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue » sur le degré moyen d'acceptabilité

Le tableau de synthèse de tous les effets du facteur inter-sujet « situation douloureuse vécue par les participants » sur les facteurs intra-sujets pour l'ensemble de la population (cf. *Annexe 5*), met en évidence l'absence d'effet significatif, avec $F(3,154)= ,41$; $p < ,75$. Les moyennes du facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue par les participants » sont présentées dans le *Tableau 3-7*.

Tableau 3-7. Degré moyen d'acceptabilité du facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue par les participants » sur les facteurs intra-sujets

« Situation douloureuse vécue »	Moyenne d'Acceptabilité F(2,307)=36,67 ; p< ,0000.
Sans vécu d'expérience douloureuse antérieure importante	5,10
Expérience douloureuse antérieure de douleur aiguë	4,69
Expérience douloureuse antérieure de douleur chronique	4,66
Expérience douloureuse antérieure associée à une Intervention Chirurgicale	4,54

Nous constatons que pour les quatre modalités, les moyennes restent autour de la moyenne générale, sans aucun poids significatif. Le degré moyen d'acceptabilité, le plus élevé, est retrouvé chez les participants issus du grand public (M=5,10). Le plus bas est chez les participants ayant vécu une expérience douloureuse lors d'une intervention chirurgicale (M=4,54). Les participants ne font pas de différence entre la douleur aiguë et chronique.

3.4.1.4. Effets combinés du facteur inter-sujets « profession des participants » sur les facteurs intra-sujets

Nous présenterons les effets combinés du facteur inter-sujets « profession des participants » sur les facteurs intra-sujets « niveau de risque encouru par le patient » et « demande du patient à être soulagé de sa douleur ». Nous avons réalisé une analyse de variance en observant le comportement des différents professionnels, les infirmières, les médecins, les psychologues et les aides-soignantes, ainsi que celui du grand public, afin de comprendre la façon dont les participants de notre étude ont émis leurs jugements d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire. Nous avons fait le choix de présenter une vision d'ensemble tenant compte de la combinaison des facteurs significatifs dans notre étude : « demande du patient à être soulagé de sa douleur », « risque encouru par le patient ». La combinaison de ces trois facteurs n'a pas un effet significatif sur le degré d'accep-

tabilité, avec $F(16,1544) = ,65176$; $p < ,84265$, mais nous aide à expliquer le comportement du facteur « profession » des participants. La *Figure 3-8* illustre les effets combinés de ces trois facteurs.

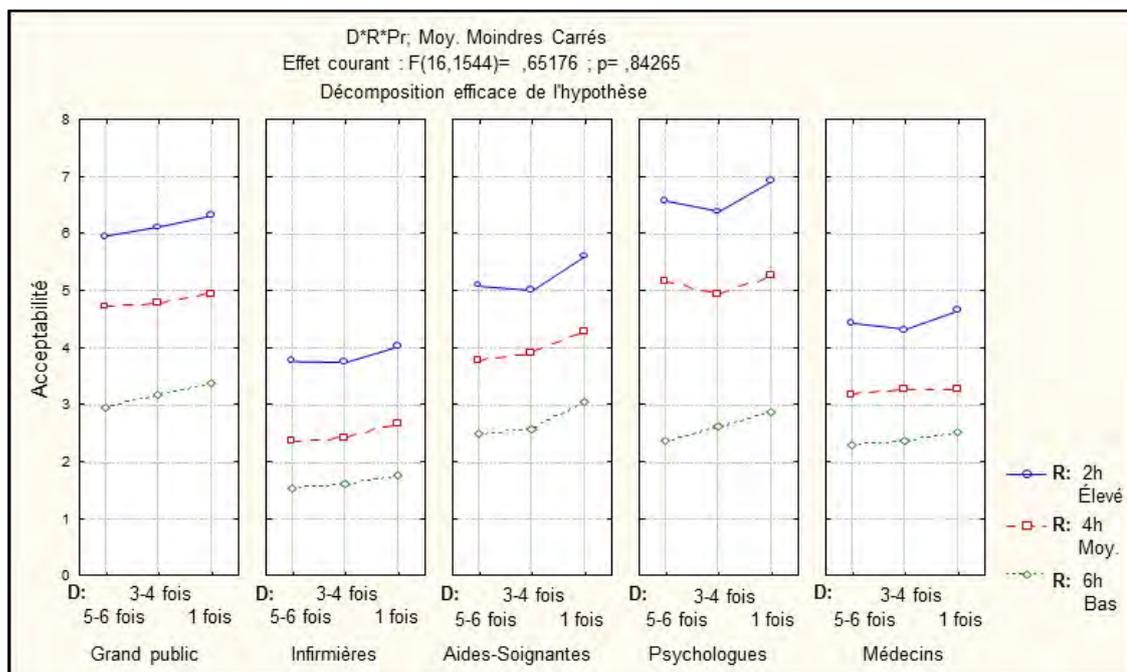


Figure 3-8. Effets combinés des facteurs « profession de participants » * « niveau de risque encouru par le patient » * « demande du patient à être soulagé de sa douleur »

L'axe horizontal représente la « demande du patient à être soulagé » et ses trois modalités, soit : « le patient demande 5-6 fois (très grande insistance) », « le patient demande 3-4 fois (insistance moyenne) » et « le patient demande seulement 1 fois (pas d'insistance) ». L'axe vertical représente le niveau d'acceptabilité relatif aux scénarii. Les courbes représentent le facteur « risque encouru par le patient » et mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée. Les courbes pleines de couleur bleue représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « 2h après l'administration d'une dose d'antalgique morphinique (risque élevé ou très important) », les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « 4h après l'administration d'une dose d'antalgique morphinique (risque moyen ou important) » et enfin, les tracés verts en pointillés représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « 6h après l'administration d'une dose d'antalgique morphinique (risque bas ou pas important) ». Chaque figure correspond à une modalité du facteur inter-sujet « profession ». De gauche à droite,

nous retrouvons : le grand public, les infirmières, les aides-soignantes, les psychologues et enfin les médecins.

Graphiquement nous constatons que le degré d'acceptabilité est plus élevé chez les psychologues, puis chez le grand public, suivis par le groupe d'aides-soignantes, les médecins et enfin, les infirmières qui ont le degré d'acceptabilité de refuser de soulager la douleur aiguë postopératoire de leurs patients quand ils en font la demande, de plus bas. Les cinq patrons de résultats sont fort semblables entre eux. Cependant, la différence majeure qui nous retenons de cette analyse de variance ne concerne pas la manière de juger des cinq groupes, mais la moyenne de leurs jugements émis. Chez les infirmières, toutes les réponses, quelques soit la demande du patient sont décalés en dessous de la moyenne, par rapport le grand public et les psychologues dont l'acceptabilité est plus élevée, notamment, quand le risque est aussi élevé. Pour le groupe de psychologues, l'acceptabilité dépend clairement du niveau de risque encouru par le patient. Ainsi, quand le risque est très bas, seulement 2h après la dernière administration d'une dose d'antalgique morphinique, le degré d'acceptabilité descend en dessous de la moyenne.

Le degré d'acceptabilité du groupe de médecins est aussi en dessous de la moyenne, mais avec des notations plus élevés que chez les infirmières. Ce groupe à une position plus près de celle des infirmières. Par ailleurs, le groupe des aides-soignantes reste un peu plus décalé, mais près de ceux des médecins et des infirmières, avec un degré moyen d'acceptabilité quand il s'agit d'un niveau de risque élevé (2h après la dernière administration d'une dose d'antalgique morphinique).

En résumé, nous constatons que le degré d'acceptabilité chez les infirmières est proche de celui des médecins, étant ceux deux groupes de professionnels directement impliqués dans l'application des prescriptions médicales. Plus loin, nous retrouvons le groupe des aides-soignantes et enfin, deux groupes bien différenciés, les psychologues et le grand public. Ces trois derniers groupes ne sont pas directement impliqués dans l'application des prescriptions médicales. Plus les professionnels sont susceptibles de décider sur l'application des prescriptions médicales moins acceptable est de refuser de soulager la douleur de leurs patients si le risque est bas et cela sans importer le nombre de fois que le patient fait la demande.

3.4.1.5. Effets combinés du facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue » sur les facteurs intra-sujets « niveau de risque encouru par le patient » et « demande du patient à être soulagé de sa douleur ».

Premièrement, étant donné que tous les participants se sont exprimés, par écrit et verbalement quand ils ont eu le besoin de le faire, au sujet de leurs « douleurs », nous avons décidé de réaliser une analyse de variance en observant le comportement d'un nouveau facteur « situation douloureuse vécue » par le participant de l'étude. Pour effectuer cette analyse, nous avons tenu compte des quatre facteurs inter-sujets :

- « l'expérience douloureuse antérieure » (EDA), avec deux modalités ; « oui » et « non » ;
- « les situations douloureuses antérieures vécues (SDAV) » avec trois modalités, « SDAV de douleur aiguë », « SDAV de douleur chronique » et « SDAV d'autres types de douleur » ;
- « les SDAV associées à une Intervention Chirurgicale » avec deux modalités, « oui » et « non » ;
- et enfin, « la gravité de l'intervention chirurgicale vécue » avec cinq modalités, « extrêmement grave », « très grave », « grave », « moyennement grave » et « pas très grave ».

Ces facteurs ont été analysés et à l'issue de cette analyse, nous avons conçu un nouveau facteur nommé « situation douloureuse vécue » qui vient remplacer les quatre facteurs inter-sujets précédents. En sachant que du dernier facteur précédent nous avons tenu compte que de la modalité « pas très grave ». Quatre modalités en résultent :

- « sans vécu d'expérience douloureuse importante », mesuré par « l'absence d'expérience douloureuse antérieure » ou par la « gravité de l'intervention chirurgicale ». À noter que pour ce dernier facteur, les participants notaient « absence d'expérience douloureuse » dans le cas des interventions chirurgicales mineures, considérées comme pas très graves ;
- « expérience douloureuse vécue de douleur aiguë ». À noter que dans cette modalité nous avons mis les expériences d'accouchement par voie basse signalées par les participants du sexe féminin ;
- « expérience douloureuse vécue de douleur chronique ». À noter que, pour ce type de douleur, les participants ont exprimé leur souffrance psychologique.

- « expérience douloureuse vécue associée à une intervention chirurgicale ». À noter que dans cette modalité nous avons inclus les expériences de césarienne signalées par les participants du sexe féminin.

Premièrement, étant donné que cette étude est centrée sur la douleur postopératoire, nous avons fait le choix d'aller explorer les jugements d'acceptabilité de refuser de soulager la douleur aiguë postopératoire, en tenant compte de cette dernière modalité en dehors de la modalité déjà noté sur notre plan expérimental « expérience douloureuse antérieure de douleur aiguë ».

Deuxièmement, nous avons analysé l'effet du nouveau facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue » sur les facteurs intra-sujets « niveau de risque encouru par le patient » et « demande du patient à être soulagé de sa douleur », afin de comprendre la façon donc les participants de notre étude ont émis leurs jugements de refuser de soulager la douleur aiguë postopératoire par l'infirmière.

Finalement, nous avons décidé de présenter une vision d'ensemble tenant compte de la combinaison des facteurs significatifs dans notre étude : « niveau de risque encouru par le patient » et « demande du patient à être soulagé de sa douleur ». À l'issue de cette analyse, nous avons constaté que la combinaison de ces trois facteurs cités précédemment n'ont pas un effet significatif sur le degré d'acceptabilité, avec $F(12,616)=1,04$; $p < ,41$. La *Figure 3-9* illustre les effets combinés de ces trois facteurs.

L'axe horizontal représente la « demande du patient à être soulagé » et ses trois modalités, soit : « le patient demande 5-6 fois (très grande insistance) », « le patient demande 3-4 fois (insistance moyenne) » et « le patient demande 1 fois (pas d'insistance) ». L'axe vertical représente le niveau d'acceptabilité relatif aux scénarii. Les courbes représentent le facteur « risque encouru par le patient » et mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée. Les courbes pleines de couleur bleue représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « la dernière dose d'antalgique morphinique a été administrée, il y 2h (risque élevé ou très important) », les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « la dernière dose d'antalgique morphinique a été administrée, il y a 4h (risque moyen ou important) » et enfin, les tracés verts en pointillés représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « la dernière dose d'antalgique morphinique a été administrée il y a 6h (risque bas ou pas de risque) ». Chaque figure correspond à une modalité du facteur inter-sujets « situation douloureuse vécue ». De gauche à droite, nous retrouvons : « sans vécu d'expérience douloureuse antérieure importante », « expérience antérieure de douleur aiguë », « expérience antérieure de

douleur chronique » et « expérience antérieure associée à une intervention chirurgicale ».

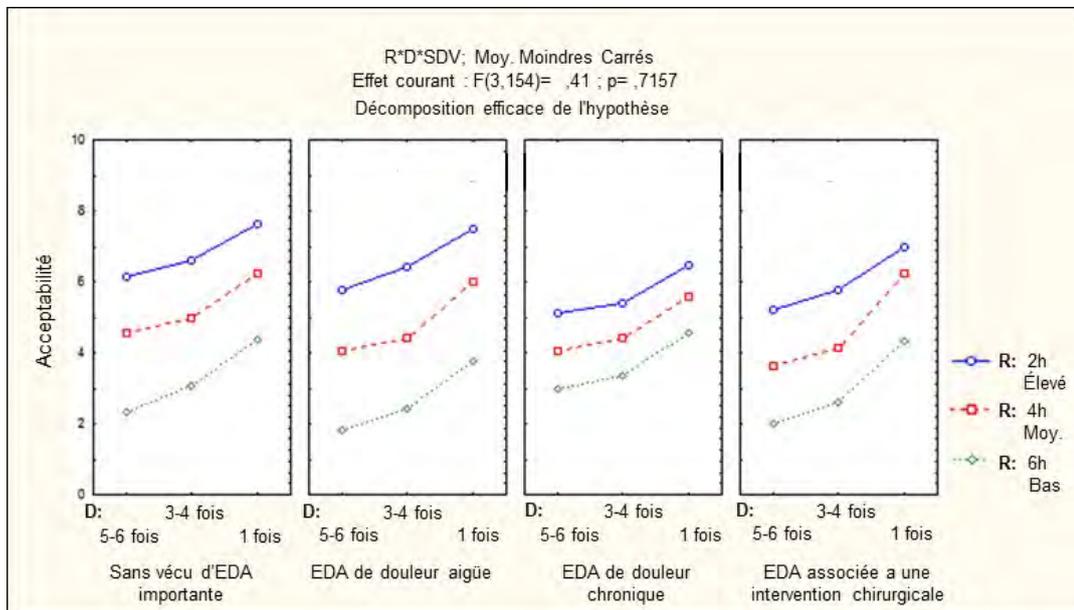


Figure 3-9. Effets combinés du facteur « situation douloureuse vécue » sur les facteurs intra-sujets « niveau de risque encouru par le patient » et « demande du patient à être soulagé de sa douleur »

Graphiquement nous constatons que le degré d'acceptabilité est plus élevé chez les participants qui n'ont pas vécu une expérience douloureuse importante ou qui ont vécu une expérience de douleur ponctuelle. Autrement dit, chez les participants confrontés à une douleur aiguë, le degré d'acceptabilité de refuser de soulager la douleur postopératoire est plus élevé. À savoir que le degré d'acceptabilité est légèrement plus élevé chez les participants sans vécu d'expérience douloureuse antérieure importante. Ces patrons de réponse sont semblables à celui du groupe de participants qui ont eu une expérience douloureuse associée à une intervention chirurgicale, ce qui a priori est attendu puisqu'il s'agit aussi d'une douleur aiguë. Cependant, c'est ici que les règles du jugement mises en œuvre par les participants sont inattendues. Ainsi, lorsque le niveau de risque est moyen (après quatre heures de l'administration d'une dose d'analgique morphinique antérieure), l'accroissement du degré d'acceptabilité du refus par l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire lors d'une intervention chirurgicale à la demande du patient, liée au facteur inter-sujet « expérience douloureuse associée à l'intervention chirurgicale » est construit comme étant très grand « écartement réduit des courbes ». Le risque moyen (après 4h) est jugé presque au

même niveau d'acceptabilité que le risque élevé (après 2h) et le degré d'acceptabilité toléré lors d'une intervention chirurgicale est plus bas par rapport aux autres groupes.

Pour ce qui concerne le groupe de participants qui ont eu une expérience de douleur chronique, la différence majeure par rapport aux autres participants concerne la manière dont ils ont émis leurs jugements. L'écart entre les courbes est moins grand.

En résumé, nous constatons que le degré d'acceptabilité chez les participants ayant vécu une expérience douloureuse aiguë ou sans expérience douloureuse antérieure importante est plus élevé que chez les participants ayant vécu une expérience de douleur chronique, relevant dans ce dernier groupe, peut-être une forme de tolérance à la douleur moindre. Dans l'interaction la demande du patient à être soulagé de sa douleur n'apporte pas beaucoup de poids.

3.4.2. Résultats de l'analyse en cluster en fonction des facteurs inter-sujets pour les 72 scénarii

Le but de l'analyse en cluster est de regrouper les participants à l'étude en fonction de leur patron de réponse au sujet du jugement d'acceptabilité du refus par l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire. Les résultats ont montré cinq clusters (cf. *Annexe 10*). Afin de regrouper les participants par leurs similitudes, et donc de voir comment ils sont repartis au sein de nos 5 clusters, nous avons réalisé plusieurs tests, toujours, à l'aide du logiciel STATISTICA. Le regroupement a été fait en tenant compte de leurs caractéristiques, autrement dit en fonction des variables indépendantes inter-sujets : âge, sexe, profession, niveau d'études, l'expérience douloureuse antérieure et l'état de santé au moment de la passation.

3.4.2.1. Caractéristiques des participants en fonction des clusters

Nous allons présenter les cinq clusters que nous avons identifiés. Dans chaque cluster nous présentons les facteurs inter-sujets classifiés en trois catégories : les variables sociodémographiques, la variable concernant l'état de santé au moment de la passation et les variables en lien avec l'expérience douloureuse (cf. *Annexe 6*).

3.4.2.1.1. Le cluster 1, appelé « Non Acceptable »

Variables sociodémographiques

Le cluster 1 est composé de 131 personnes, dont 20 hommes (15,26%) et 111 femmes (84,73%). Ce qui représente 33,16% du total de personnes participant à l'étude. 22 personnes ont de 18 à 30 ans (16,79%), 36 ont de 31 à 40 ans (27,48%), 74 ont de 41 à 55 ans (56,48%) et enfin, 26 personnes ont 55 et plus (19,85%). Ce groupe est constitué de 79 infirmières (60,31%), 10 médecins (7,63%), 10 aides-soignantes (7,63%), 3 psychologues (2,29%) et 29 non professionnels de santé, c'est-à-dire le grand public (22,14%). Parmi les 131 participants, 88 personnes possèdent un Diplôme de l'enseignement supérieur (67,17 %) et 43 possèdent un Diplôme dans l'enseignement secondaire (32,82%).

Variables concernant l'état de santé au moment de la passation

Le cluster 1 est composé, majoritairement de personnes qui considèrent leur état de santé très bon (69 personnes soit 52,67%) contre seulement 8 personnes qui jugent leur état de santé comme mauvais (6,11%). Puis, il y a deux autres sous-groupes, l'un composé de 44 personnes qui estiment leur état de santé bon (33,59%) et un autre de 10 personnes dont l'état de santé n'est pas très bon (7,63%).

Variables concernant l'expérience douloureuse antérieure

Concernant la douleur, seulement 11 personnes (8,39%) ne l'ont pas éprouvée à une intensité importante contre 120 personnes (91,60%) qui l'ont déjà fortement ressentie. Dans ce cluster, 29 personnes (22,13%) n'ont jamais été confrontées à une intervention chirurgicale alors que 102 personnes ont déjà vécu un postopératoire, dont 63 pour une chirurgie mineure (48,09%), 26 ont eu une chirurgie grave (19,85%) et enfin 13 ont eu une chirurgie très grave (9,92%). La douleur devient une préoccupation dans la vie quotidienne de 110 personnes, soit 93,97%(20 personnes un peu, 36 beaucoup et 54 beaucoup plus).

3.4.2.1.2. Le cluster 2, appelé « Principalement Dépendant du Degré de Douleur »

Variables sociodémographiques

Le cluster 2 est composé de 101 personnes (25,57 du total de participants dans l'étude) dont 28 hommes (27,72%) et 73 femmes (72,28%). La répartition de participants selon les groupes d'âge est la suivante : 35 personnes ont de 18 à 30 ans (34,65%), 26 ont de 31 à 40 ans (25,74%), 19 ont de 41 à 55 ans (18,82%) et enfin, 21 ont 55 et plus (20,79%). 31 infirmières (30,69%) constituent le cluster, 17 médecins (16,83%), 9 aides-soignantes (8,91%), 4 psychologues (3,96%) et 40 participants non soignants, le grand public (39,60%). Parmi les 101 participants, 53 personnes possèdent un Diplôme de l'enseignement supérieur (52,47 %) et 48 possèdent un Diplôme dans l'enseignement secondaire (47,52%).

Variables concernant l'état de santé au moment de la passation

Le cluster 2 est aussi composé de 53 personnes qui considèrent leur état de santé très bon (52,47%) contre seulement 6 personnes qui jugent leur état de santé comme mauvais (5,94%). 33 personnes estiment leur état de santé bon (32,67%) et 9 personnes dont l'état de santé n'est pas très bon (8,91%).

Variables concernant l'expérience douloureuse antérieure

La douleur est une préoccupation dans leur vie quotidienne pour 93 personnes (92,07%) : 21 personnes un peu, 32 beaucoup et 40 beaucoup plus. Dans ce cluster, seulement 9 personnes (8,91%) ne l'ont pas éprouvée à une intensité importante contre 92 personnes (91,09%) qui l'ont déjà ressentie. 25 personnes (24,75%) n'ont pas jamais été confrontées à une chirurgie alors que 76 l'ont déjà vécue, dont 63 une chirurgie mineure (62,37%), 23 une chirurgie grave (22,77%) et enfin 12 personnes ont eu une chirurgie très grave (11,88%).

3.4.2.1.3. Le cluster 3, appelé « Principalement Dépendant du niveau de Risque »

Variables sociodémographiques

Le cluster 3 est constitué de 72 personnes dont 22 ont de 18 à 30 ans (3,55%), 16 ont de 31 à 40 ans (22,22%), 18 ont de 41 à 55 ans (25%) et enfin, 16 ont 55 et plus (22,225%). Nous retrouvons 20 hommes (27,77%) et 52 femmes (72,22%). Ce

cluster représente 18,22% du total de personnes participant à l'étude. 16 infirmières constituent le cluster (22,22%), 3 médecins (4,16%), 6 aides-soignantes (8,33%), 10 psychologues (13,88%) et 37 personnes du grand public (51,38%). Nous retrouvons 35 personnes avec un Diplôme de l'enseignement supérieur (48,61%) et 37 avec un Diplôme dans l'enseignement secondaire (51,38%).

Variables concernant l'état de santé au moment de la passation

Le cluster 3 est composé par 27 personnes qui considèrent leur état de santé très bon (37,57%), 32 personnes pensent qu'il est bon (44,44%), 8 personnes jugent leur état de santé comme pas très bon (11,11%) et enfin, 5 personnes qui le considèrent mauvais (6,94%).

Variables concernant l'expérience douloureuse antérieure

13 personnes (18,05%) n'ont pas été confrontées à une douleur importante alors que 59 personnes (81,94%) l'ont expérimentée. Dans ce cluster, 24 personnes (33,33%) n'ont jamais été confrontées à une intervention chirurgicale alors que 48 personnes ont déjà vécu un postopératoire, dont 29 ont eu une chirurgie mineure (40,27%), 12 ont eu une chirurgie grave (18,05%) et, enfin 7 ont eu une chirurgie très grave (9,72%). La douleur est une préoccupation dans leur vie quotidienne pour 56 personnes, soit 77,77% (20 personnes un peu, 26 beaucoup et seulement 10 beaucoup plus).

3.4.2.1.4. Le cluster 4, appelé « Principalement Acceptable »

Variables sociodémographiques

Le cluster 4 est composé de seulement 45 personnes, soit 11,39% du total de participants de l'étude. Nous retrouvons 14 hommes (31,11%) et 31 femmes (68,88%). 13 personnes ont de 18 à 30 ans (28,88%), 7 ont de 31 à 40 ans (15,55%), 12 ont de 41 à 55 ans (26,66%) et enfin, 13 ont 55 et plus (28,88%). Dans ce cluster, le grand public est majoritaire, il représente à lui seul 71,11%. Les professionnels, toutes catégories confondues, sont au total 13 personnes, soit 28,88%: 4 infirmières (8,88%), 1 médecin (2,22%), 5 aides-soignantes (11,11%) et 3 psychologues (6,66%). Parmi les 45 participants, 41 personnes possèdent un Diplôme de l'enseignement supérieur (91,11%) et 4 possèdent un Diplôme dans l'enseignement secondaire (8,88%).

Variables concernant l'état de santé au moment de la passation

Le cluster 4 est composé, majoritairement de personnes qui considèrent leur état de santé bon, 22 personnes (48,88%) alors que seulement 3 personnes jugent leur état de santé mauvais (6,66%). Puis, il y a deux autres sous-groupes, l'un composé de 15 personnes qui estiment leur état de santé comme très bon (33,33%) et un autre de 5 personnes dont l'état de santé n'est pas très bon (11,11%).

Variables concernant l'expérience douloureuse antérieure

Concernant la douleur, seulement 4 personnes (8,88%) ne l'ont pas éprouvée à une intensité importante contre 41 personnes (91,11%) qui l'ont déjà ressentie. Par rapport à la douleur post-chirurgicale, 4 personnes (8,88%) ne l'ont pas vécue alors que 41 personnes ont déjà vécu un postopératoire, dont 16 ont eu une chirurgie mineure (35,55%), 13 ont eu une chirurgie grave (28,88%) et, enfin 3 ont eu une chirurgie très grave (28,88%). La douleur est une préoccupation dans leur vie quotidienne pour 29 personnes, soit 64,44% (12 personnes un peu, 11 beaucoup et 6 beaucoup plus).

3.4.2.1.5. Le cluster 5, appelé « Indéterminé »

Variables sociodémographiques

Le cluster 5 est composé de seulement 46 personnes (11,64% du total de participants dans l'étude) dont 17 hommes (36,95%) et 29 femmes (63,04%). La répartition de personnes selon les âges est pratiquement équivalente : 11 personnes ont de 18 à 30 ans (23,91%), 12 ont de 31 à 40 ans (20,06%), 11 ont de 41 à 55 ans (23,91%) et enfin, 12 ont 55 et plus (20,06%). Ce groupe est constitué principalement de 31 personnes du grand public (67,39%). Les professionnels de santé représentent 15 personnes (32,60%) : 8 infirmières (17,39%), 2 médecins (4,34%), 2 aides-soignantes (4,34%), 3 psychologues (6,52%). Parmi les 46 participants, 25 personnes possèdent un Diplôme de l'enseignement supérieur (54,34 %) et 21 possèdent un Diplôme dans l'enseignement secondaire (45,65%).

Variables concernant l'état de santé au moment de la passation

Le cluster 5 est composé de 17 personnes (36,957%) qui considèrent leur état de santé comme très bon, 15 personnes (32,60%) pensent qu'il est bon, 9 personnes (19,56%) jugent leur état de santé comme pas très bon et enfin, 5 personnes (10,86%) le considèrent mauvais.

Variables concernant l'expérience douloureuse antérieure

La douleur est jugée une préoccupation dans leur vie quotidienne pour 40 personnes (86,96%) : 8 personnes un peu, 20 beaucoup et 12 beaucoup plus. Dans ce cluster, seulement 7 personnes (15,21%) ne l'ont pas éprouvée à une intensité importante contre 39 personnes (84,78%) qui l'ont déjà ressentie. 17 personnes (39,95%) n'ont pas été jamais confrontés à une chirurgie alors que 29 l'ont déjà vécue (63,04%), dont 16 ont eu une chirurgie mineure (34,78%), 8 ont eu une chirurgie grave (17,39%) et, enfin 5 ont eu une chirurgie très grave (10,86%).

3.4.2.2. Différenciation des clusters en fonction de l'effet significatif des variables inter-sujets sur l'acceptabilité

Nous avons effectué le test du Chi² de Pearson, qui nous a permis de contrôler l'indépendance des caractères au sein des clusters. Nous nous sommes intéressés, dans un premier temps, à la répartition des participants dans les clusters en fonction des variables inter-sujets en lien avec **les caractéristiques sociodémographiques**. Nous avons donc observé la première variable inter-sujet « **sexe** » (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 6*). Nous constatons qu'il y a une différence entre le nombre d'hommes (20,50%) et le nombre de femmes (37,50%). Mais, par le calcul du Chi² de Pearson, nous déduisons que cette différence concernant la variable « sexe » dans le cluster est significative, avec $p < ,02$. Ce qui suppose que les caractères (homme, femme) ne sont pas indépendants. Cela signifie que le « jugement du refus de l'infirmière de soulager la douleur postopératoire » dépend du genre des participants à l'étude de manière comparable. Le sexe des participants a une incidence sur le jugement d'acceptabilité, et cela dans les 5 clusters qui ont été définis. Ainsi, nous constatons que dans les 5 clusters il y a une majorité de femmes, celles-ci étant plus nombreuses dans le cluster 1 « non acceptable » (37,50%). Nous constatons cette majorité de femmes aussi dans toute la population comme nous l'avions déjà noté précédemment.

Ensuite, nous avons exploré la répartition des participants en fonction de leur « **âge** » (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 6*). Nous constatons des différences entre les groupes d'âge des participants. Dans le cluster 1, le groupe des personnes âgées des 41 et 55 ans (43,93%) représente plus du double de celui des 18 à 30 ans (21,38%). De plus, dans le cluster 4 nous constatons qu'il y a un groupe d'âge minoritaire : les personnes entre 31 et 40 ans ne sont que 7 (7,22%). Cependant, après calcul du test du Chi² de Pearson, nous déduisons que la variable

« âge » n'est pas significative, avec $p < ,11$. Ce qui suppose que l'âge des participants (18-30 ans, 31-40 ans, 41-55 ans et enfin 55 et plus) n'influence pas leur « jugement du refus de l'infirmière de soulager la douleur postopératoire » de l'étude de manière comparable.

Puis, nous avons observé la répartition des participants en fonction du comportement de la variable inter-sujets « **profession** » (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 6*). Nous constatons que, dans l'ensemble, le groupe de professionnels de santé (226 participants, soit 57,22% du total de participants) est plus important que le groupe du grand public (169 participants, soit 42,78%). De même, nous constatons que, dans le cluster 1, il y a une grande différence entre les infirmières (57,24%) et le grand public (17,16%). Par contre, dans le cluster 3, nous observons que le grand public (21,89%) est majoritaire par rapport aux infirmières (11,59%). Une répartition similaire est retrouvée dans le cluster 4, où le grand public (18,93%) est plus nombreux que les infirmières, qui elles ont un poids de seulement 2,90%. D'après le test de χ^2 de Pearson, nous pouvons avancer que la variable profession est significative, pouvant influencer sur le « jugement du refus de l'infirmière de soulager la douleur postopératoire ». Ainsi dans le cluster 1, qui trouve inacceptable de ne pas soulager la douleur du patient quand il en fait la demande, dans un contexte de soins postopératoires, les infirmières (57,24%) étaient plus nombreuses que les autres participants (médecins « 30,30% », aides-soignantes « 31,25% », psychologues « 13,04% » et grand public « 17,16% »). Cependant, dans le cluster 3, « dépendant du risque », le grand public était plus nombreux (21,89%) que les infirmières (11,59%). À noter que les psychologues sont plus nombreuses dans ce cluster que dans les autres (43,48%). Ainsi, dans le cluster 2, « dépendant de la douleur » elles représentent 17,39%, et dans les clusters 1 « non acceptable », 4 « acceptable » et 5 « indécis », seulement 13,04%. Le grand public (31 personnes soit 18,34%) est plus nombreux, dans le cluster 5 « indécis », que les professionnels de santé toutes catégories confondues (6,63%). En conclusion, après calcul du test du χ^2 de Pearson, nous déduisons que la variable « profession » est pas significative, avec $p < ,001$.

Nous avons aussi calculé le test du χ^2 de Pearson pour la variable inter-sujets « **niveau d'études** », (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 6*). Nous constatons dans le groupe 1 « non acceptable » une différence entre le nombre de participants diplômés de l'enseignement supérieur (39,29%) et le nombre de diplômés de l'enseignement secondaire (25,15%). Après avoir calculé le test du χ^2 de Pearson, avec $p < ,05$, nous supposons ici que les diplômés de l'enseignement

supérieur et ceux de l'enseignement secondaire n'influencent pas « le jugement du refus de l'infirmière de soulager la douleur postopératoire » des participants de manière comparable. Autrement dit, leurs jugements sont indépendants du niveau d'éducation avec $p < ,05$.

Dans un deuxième temps, nous avons étudié la répartition des participants dans les cinq clusters en fonction de la variable inter-sujets « **état de santé au moment de la passation** » (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 6*). Nous constatons que, ce sont des participants qui, dans l'ensemble, se considèrent comme en bonne ou très bonne santé. Dans le cluster 1, par exemple, les participants en très bonne santé sont au nombre de 69 (38,12%) alors que les participants exprimant une mauvaise santé représentent 26,63%. Dans le cluster 2, 29,28% sont en très bonne santé alors que 22,22% se disent en mauvaise santé. Dans le cluster 3, 14,92% sont en très bonne santé alors que 18,51% sont en mauvaise santé. Dans le cluster 4, 15,07% se considèrent en bonne santé alors que 11,11% se disent en mauvaise santé. Ainsi, après avoir calculé le test du χ^2 de Pearson, nous constatons que l'état de santé des participants au moment de la passation n'a pas a priori d'influence sur le « jugement du refus de l'infirmière de soulager la douleur postopératoire ».

Enfin, nous nous sommes intéressés à la répartition des participants dans les clusters en fonction des variables inter-sujets en lien avec la douleur : « l'expérience de douleur dans le passé », « le degré de gravité de la chirurgie vécue » et « le degré de préoccupation de la présence de douleur dans la vie quotidienne ». **Concernant « l'expérience douloureuse »** (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 6*), nous observons dans le cluster 1, que la plupart des participants (34,18%) ont déjà vécu une expérience douloureuse sévère dans le passé. Seulement 11 participants (25%) n'ont pas ressenti de douleur importante. En calculant le χ^2 de Pearson, nous déduisons que la variable « expérience de douleur dans le passé » est avec $p = ,20$ significative dans le cluster 1. Les traces du vécu jouent un rôle sur le positionnement des participants qui considèrent « non acceptable », ne pas soulager la douleur. Nous supposons donc que les participants ne jugent pas « le refus du soulagement de la douleur postopératoire par l'infirmière » de manière comparable, selon leur vécu personnel.

La variable inter-sujets « **degré de gravité de la chirurgie vécue** » a également été explorée (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 6*). Dans le cluster 1, 63 participants (38,18%) expriment avoir vécu une chirurgie dite mineure alors que 13 (32,50%) l'ont dite très grave. Cependant, après avoir réalisé le

test du Chi² de Pearson, nous constatons que le degré de gravité de la chirurgie vécue n'a a priori pas a priori une influence sur le « jugement d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire ».

Pour terminer, nous nous sommes penchés sur la répartition en fonction du « **degré de préoccupation de la présence de douleur dans la vie quotidienne** » (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 6*). Nous pouvons avancer que cette variable avec $p < ,001$ est significative. Le degré de préoccupation (absent, un peu, beaucoup, et beaucoup plus) a une incidence sur le « jugement d'acceptabilité de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières ». Dans le cluster 1, « non acceptable », les 54 participants (44,26%) sont très préoccupés par la présence de douleur dans leur vie quotidienne alors que dans le cluster 4, « acceptable », seulement 6 (4,92%) le sont.

En conclusion, nous pouvons nous avancer à dire que les facteurs « sexe », « niveau éducatif », « profession », « expérience de douleur dans le passé » et enfin, « degré de préoccupation de la présence de douleur dans la vie quotidienne », avaient des effets significatifs sur le « jugement d'acceptabilité du refus de l'infirmière de soulager la douleur aiguë postopératoire ». La constitution des clusters est présentée sous forme de tableau en *Annexe 6*.

Nous allons maintenant, présenter les résultats des analyses de variance réalisées pour chacun des clusters en tenant compte des variables indépendantes intra-sujets.

3.4.3. Résultats de l'analyse en clusters en fonction des facteurs intra-sujets pour les 72 scénarii

Nous avons réalisé, dans un premier temps, une analyse de variance sur les facteurs intra-sujets pour les 54 scénarii de base, en suivant le plan « **<IC2*AT2>A2*DD3*D3*R3** », représentant : <« résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention ou intervention chirurgicale réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur » > * « Âge du patient » * « Degré de Douleur évalué par l'infirmière » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » mesuré par l'insistance à demander un antalgique * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur

« résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention ou intervention chirurgicale réussie » et le facteur « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur ».

Deux analyses de variance supplémentaires ont été effectuées. La première, pour les 9 scénarii couplés avec les 9 scénarii correspondant le plan de base, dont le plan expérimental peut être représenté comme suit : « **<IC2*AT2*A2*D3>*DD3*R3** », représentant : « Résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « échec de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale non réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière n'administre rien, immédiatement, au patient pour soulager sa douleur » * « Âge du patient » dans la modalité « personne âgée (80 ans) » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » dans la modalité « le patient demande 3 ou 4 fois (insistance moyenne) » * « Degré de douleur évalué par l'infirmière » * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur « Âge du patient », dans la modalité « personne âgée (79-80-81 ans) » et le facteur « Demande du patient à être soulagé » mesuré par l'insistance à demander un antalgique, dans la modalité « le patient appelle de 3 à 4 fois (insistance moyenne) ».

La deuxième analyse de variance pour les 9 derniers scénarii supplémentaires restants, couplés avec les 9 scénarii correspondant au plan de base, suivant le plan expérimental « **<IC2*AT2*A2*R3>*DD3*R3** », représentant : « Résultat de l'Intervention Chirurgicale » dans la modalité « succès de l'intervention chirurgicale ou intervention chirurgicale réussie » * « Administration par l'infirmière d'un Traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière administre un gramme de paracétamol (antalgique de palier I) au patient pour soulager sa douleur » * « Âge du patient » dans la modalité « patient âgé (80 ans) » * « Demande du patient à être soulagé de sa douleur » dans la modalité « le demande 3 ou 4 fois (insistance moyenne) » * « Degré de douleur évalué par l'infirmière » * « Risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. Nous avons maintenu le facteur « Age du patient », dans la modalité « personne âgée (79-80-81 ans) » et le facteur « Demande du patient à être soulagé » mesuré par l'insistance à demander un antalgique, dans la modalité « le patient appelle de 3 à 4 fois (insistance moyenne) ».

Nous allons présenter tout d'abord, les effets du facteur « Cluster » sur le niveau moyen d'acceptabilité et ensuite, les effets combinés des facteurs intra-sujets.

3.4.3.1. Effets du facteur « Clusters » sur le niveau moyen d'acceptabilité

Le *Tableau 3-8* met en évidence le degré moyen d'acceptabilité selon le facteur « Cluster ». Ces résultats montrent des écarts importants entre les cinq clusters. Le degré d'acceptabilité moyen est très bas pour le cluster 1 qui a une moyenne de $M=1,43$. Il reste autour de 5 pour les clusters 2 ($M=4,22$) et 3 ($M=5,16$) et très haut pour le cluster 4 ($M=7,24$). À noter que pour le cluster 5, les valeurs de la variable dépendante étaient toujours à proximité du centre de l'échelle des réponses ($M=4,95$). Aucun facteur n'a eu un effet détectable dans ce cluster alors que dans les clusters 1, 2, 3 et 4 il y a, clairement, des facteurs avec des effets significatifs. Ainsi, les personnes appartenant au cluster 1 sont globalement les moins acceptantes alors que ceux du groupe 4 témoignent du degré d'acceptabilité le plus élevé.

Tableau 3-8. Degré moyen d'acceptabilité du facteur « Cluster » sur les facteurs intra-sujets

Clusters	Moyenne d'Acceptabilité
Cluster 1	1,43
Cluster 2	4,22
Cluster 3	5,16
Cluster 4	7,24
Cluster 5	4,95

3.4.3.2. Effets des différents clusters sur le degré moyen d'acceptabilité en fonction des facteurs intra-sujets.

Le degré d'acceptabilité pour le facteur intra-sujets « douleur évaluée par l'infirmière » dans la modalité 1 (9 sur 10) est très bas pour le cluster 1 qui a une moyenne de $M=0,62$ ($F(2,258)=116,5889$; $p < ,0000$). Il augmente de 1,50 point pour le cluster 2 ($M=2,20$) ($F(2,198)=345,312$; $p < ,0000$), de 3,80 points pour le cluster 3 ($M=4,418210$) ($F(2,142)=96,419$; $p < ,0000$), et de 5,50 points pour le cluster 4, qui

reste le plus élevé avec une moyenne $M=6,11$ ($F(2,88)=30,660$; $p < ,0000$). La modalité 2 (6 sur 10), s'exprime de la même manière, il augmente de 2 en 2 points. Le cluster 1 a une moyenne $M=1,05$ ($F(2,258)=116,5889$; $p < ,0000$), et le cluster 4, a une $M=6,86$ ($F(2,88)=30,660$; $p < ,0000$). Cependant, la modalité 3 (douleur à 3 sur 10) a un comportement différent. Ainsi la valeur moyenne d'acceptabilité dans cette modalité descend légèrement dans le cluster 3 ($M=5,84$) ($F(2,142)=96,419$; $p < ,0000$), pour augmenter ensuite dans le cluster 4 ($M=8,29$) ($F(2,88)=30,660$; $p < ,0000$).

Le degré moyen d'acceptabilité pour le facteur intra-sujets « demande du patient à être soulagé de sa douleur » a des valeurs très basses, pour toutes les modalités du facteur, dans le cluster 1 ($F(2,258)=17,9255$; $p < ,0000$) : 5-6 fois ($M=1,16$), 3-4 fois ($M=1,25$) et 1 fois ($M=1,37$). Les valeurs les plus hautes correspondent au degré moyen d'acceptabilité du cluster 4 ($F(2,258)=17,9255$; $p < ,0000$) : 5-6 fois ($M=7,19$), 3-4 fois ($M=7,35$) et 1 fois ($M=7,48$).

Le plus petit degré moyen d'acceptabilité pour le facteur « risque encouru par le patient » associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique, mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose, est pour le cluster 1 (modalité 1) (il y a 2 heures) : $M=1,62$ ($F(2,258)=100,1403$; $p < ,0000$). Pour la même modalité de ce facteur, la moyenne d'acceptabilité la plus élevée, se situe dans le cluster 4 : $M=8,60$ ($F(2,86)=61,177$; $p < ,0000$). Ensuite, pour la modalité 2 (il y a 4 heures), la moyenne la plus basse se situe également dans le cluster 1 : $M=1,16$ ($F(2,258)=100,1403$; $p < ,0000$). De même, la moyenne la plus haute, dans le cluster 4 ($F(2,86)=61,177$; $p < ,0000$), : $M=7,63$). Enfin, pour la modalité 3 (6 heures), la moyenne la plus basse se situe aussi dans le cluster 1 : $M=0,69$ ($F(2,258)=100,1403$; $p < ,0000$), tandis que la plus haute reste dans le cluster 4 : $M=5,80$ ($F(2,86)=61,177$; $p < ,0000$). Pour cette dernière modalité, la moyenne d'acceptabilité reste en général assez basse dans les clusters 2 et 3. Dans le cluster 2 : $M=2,82$ ($F(2,198)=241,233$; $p < ,0000$) et dans le cluster 3 : $M=1,78$ ($F(2,142)=519,527$; $p < ,0000$).

Les moyennes d'acceptabilité du facteur « réussite de l'intervention chirurgicale » sont plus élevées dans le cluster 4 ($F(1,44)=16,893$; $p < 0000$) : modalité 1 (« intervention chirurgicale réussie » : $M=7,28$) et modalité 2 (« intervention chirurgicale non réussie » : $M=6,51$). Les moyennes les plus basses correspondent au cluster 1 ($F(1,130)=17,27$; $p < 0000$) : modalité 1 (« intervention chirurgicale réussie » : $M=1,17$) et modalité 2 (« intervention chirurgicale non réussie » : $M=1,00$).

Pour le facteur « administration au patient d'un gramme de paracétamol (antalgique mineur) », les moyennes d'acceptabilité les plus faibles sont retrouvées au cluster

1 ($F(,44)=16,893$; $p<0000$) : modalité 1 (« l'infirmière n'administre pas un gramme de paracétamol » : $M=1,17$) et modalité 2 (« l'infirmière administre un gramme de paracétamol » : $M=2,93$). Les moyennes les plus hautes se trouvent au cluster 4 ($F(1,44)=0,926$; $p< ,3412$) : modalité 1 (« intervention chirurgicale réussie » : $M=7,28$) et modalité 2 (« intervention chirurgicale non réussie » : $M=7,44$).

Dans le cluster 5, les valeurs moyennes d'acceptabilité des facteurs intra-sujets restent proches du centre de l'échelle des réponses avec une moyenne générale de ($M=4,95$).

En conclusion, les moyennes d'acceptabilité les plus hautes se situent dans le cluster 4. Les plus basses se situent dans le cluster 1. Dans le cluster 5, les réponses sont concentrées autour de la moyenne d'acceptabilité.

Nous allons présenter les analyses de variance réalisées séparément pour chacun des cinq clusters, afin de mettre en évidence la distribution des participants en fonction des différents comportements face à la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières et la significativité de chaque facteur pour les clusters. Nous allons également présenter les effets combinés des facteurs principalement pris en compte par les participants.

3.4.3.3. Résultats des analyses de variance réalisées pour chacun des clusters

Nous présenterons les principaux résultats issus des analyses de variance par cluster en tenant compte de nos trois plans expérimentaux, déjà vus précédemment, le principal, correspondant aux 54 scénarii et les supplémentaires : 18 scénarii ($9+9=18$). Tout d'abord, nous aborderons les effets des facteurs intra-sujets dans chaque cluster afin de mettre en évidence la distribution des participants et la significativité de chaque facteur. Ensuite nous exposerons les principaux effets combinés des facteurs étudiés issus des analyses de variance réalisées pour chacun des cinq clusters. Enfin, nous présenterons les effets combinés des facteurs pour tous les clusters ce qui nous permettra présenter la synthèse de notre étude (cf. *Annexe 7*).

3.4.3.3.1. Effets principaux des facteurs intra-sujets sur les clusters

Cluster 1 (Non acceptable)

Les degrés d'acceptabilité du facteur « **âge du patient** » sont identiques lorsque l'infirmière décide de soulager la douleur d'un patient de 45 ans que lorsqu'elle décide de soulager un patient de 80 ans. Nous pouvons donc en déduire que le principe de justice est respecté dans le cluster 1. Ce facteur n'est pas significatif avec $F(1,129)=0.0638$; $p < ,8000$.

L'effet du facteur « **douleur évaluée par l'infirmière** » sur le jugement d'acceptabilité du cluster 1 est, en général, très important, avec $F(2,258)=116,5889$; $p < ,0000$). Ce facteur est donc significatif dans le jugement du refus de l'infirmière de soulager la douleur postopératoire. En effet, ne pas soulager une douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 est acceptable pour les participants alors que lorsque la douleur évaluée à 9 sur 10, ne pas la soulager est inacceptable.

En général, les degrés d'acceptabilité restent très bas. Ce qui veut dire que pour les participants, ne pas soulager la douleur des personnes qui demandent d'être calmés est toujours inacceptable, et encore plus si nous tenons compte de la réussite de l'intervention chirurgicale. Les moyennes d'acceptabilité sont dans ce cas très bas. Ne pas soulager la douleur des patients douloureux ayant eu une intervention chirurgicale non réussie, est jugé plus inacceptable que si l'intervention est réussie, peut-être lié au fait qu'échec, dans les soins est synonyme de complications. En conclusion, les participants considèrent qu'il est toujours inacceptable de refuser de soulager la douleur.

Les participants acceptent mieux que l'infirmière soulage la douleur du patient avec un gramme de paracétamol ($M=2.93$) avec $F(1,130)=113,5588$; $p < ,0000$. L'effet de ce facteur est donc beaucoup plus important. Ainsi, ne pas soulager une douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 avec un antalgique morphinique (palier III), mais avec un gramme de paracétamol (palier I) est plus acceptable pour les participants ($M=4,55$). Cependant, avec ou sans paracétamol, pour les douleurs évaluées à 9 sur 10, il est toujours inacceptable de ne pas les soulager ($M=1,60$).

Le facteur « **risque encouru par le patient** » associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique par l'infirmière a aussi un effet très important sur le jugement d'acceptabilité du cluster 1, avec $F(2,258)=100,1403$; $p < ,0000$. C'est un facteur également significatif dans le jugement de la gestion de la douleur postopératoire. Moins le niveau de risque encouru par le patient est important, plus il est

inacceptable de ne pas soulager la douleur. En général, les degrés d'acceptabilité restent très bas. Ce qui veut dire que pour les participants, ne pas soulager la douleur des personnes 2, 5 ou 6 heures après l'administration d'un antalgique morphinique reste toujours inacceptable, que l'intervention chirurgicale soit réussie ou pas.

Ne pas soulager une douleur au bout de 6h par l'administration d'un antalgique morphinique depuis la dernière dose, mais soulager avec un gramme de paracétamol (palier I) est plus acceptable pour les participants, $M=3,86$. De même, soulager une douleur après 2h avec un gramme de paracétamol (palier I) reste toujours inacceptable ($M=3,10$), même si c'est plus acceptable que ne rien donner ($M=1,62$).

Au sujet du facteur « demande du patient à être soulagé », qu'il appelle 1, 3-4 ou 5-6 fois, il est toujours inacceptable pour les participants de ne pas soulager la douleur. Ce facteur est significatif avec $F(2,258)=17,9255$; $p < ,0000$.

Nous concluons que les participants ont émis un jugement d'acceptabilité de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières en tenant compte de trois facteurs, par ordre croissant : « la demande du patient à être soulagé de sa douleur » avec $F(2,258)=17,9255$; $p < ,0000$; « le niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique », mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose avec $F(2,258)=100,1403$; $p < ,0000$ et enfin, « le degré de douleur exprimé par le patient avec $F(2,258)=116,5889$; $p < ,0000$. Ces deux facteurs sont aussi significatifs quand les participants prennent en compte le facteur « réussite de l'intervention chirurgicale » avec $F(1,130)=17,2746$; $p < ,0000$ que quand ils tiennent compte du traitement alternatif donné par l'infirmière « traitement de la douleur par l'administration d'un gramme de paracétamol » avec $F(1,130)=113,5588$; $p < ,0000$. Ce dernier facteur portant un poids plus important. Le facteur « âge du patient » avec $F(1,129)=0,0638$; $p < ,1372$ n'a pas d'effet significatif.

Dans ce cluster toutes les notations des participants sont en dessous de la moyenne, c'est donc le groupe pour qui ne pas soulager la douleur est inacceptable en toutes circonstances.

Cluster 2 (Principalement dépendant du degré de douleur)

Au sujet des degrés d'acceptabilité du facteur « **âge du patient** » nous ne notons pas de différence entre les modalités « 45 ans » et « 80 ans ». En effet, les moyennes sont respectivement $M=4,28$ et $M=4,22$. L'effet du facteur « âge du patient » pour ce

cluster n'est pas significatif avec $F(1,99)=2.245$; $p < ,1372$. Nous pouvons donc en déduire que le principe de justice est respecté dans le cluster 2.

L'effet du facteur « **douleur évaluée par l'infirmière** » sur le jugement d'acceptabilité du cluster 2 est, en général, très important, avec $F(2,198)=345,312$; $p < ,0000$). Ce facteur est donc significatif dans le jugement de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières pour ce cluster. Ainsi, ne pas soulager une douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 devient plus acceptable pour les participants ($M=6,51$) tandis que lorsque la douleur évaluée à 9 sur 10, ne pas la soulager ($M=2,20$), reste toujours inacceptable.

Si nous tenons compte de la « réussite de l'intervention chirurgicale », les moyennes sont très semblables et l'effet du facteur est aussi très important avec $F(2,200)=216,577$; $p < ,0000$. Ne pas soulager la douleur des patients douloureux ayant eu une intervention chirurgicale non réussie, est noté plus inacceptable que si l'intervention est réussie, peut-être du fait qu'une intervention chirurgicale « ratée » est liée, dans les soins, à des complications. En conclusion, les participants considèrent qu'il est toujours inacceptable de refuser de soulager la douleur.

Les participants acceptent mieux que l'infirmière soulage la douleur des patients avec un gramme de paracétamol ($M=5,11$) avec $F(1,100)=38,139$; $p < ,0000$. L'effet est donc important. Ainsi, ne pas soulager une douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 avec un antalgique morphinique (palier III), mais avec un gramme de paracétamol (palier I) est très acceptable pour les participants ($M=7,17$). Pour les douleurs évaluées à 9 sur 10 il est toujours inacceptable de ne pas les soulager ($M=3,15$). Mais il est plus acceptable que de soulager la douleur sans un gramme de paracétamol ($M=2,20$).

Le facteur « **risque encouru par le patient** » associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique par l'infirmière a aussi un effet très important, sur le jugement d'acceptabilité du cluster 1, avec $F(2,198)=241,233$; $p < ,0000$. C'est un facteur significatif dans le jugement de la gestion de la douleur postopératoire. Plus le niveau de risque encouru par le patient est important plus il est inacceptable de ne pas soulager sa douleur. En général, les degrés d'acceptabilité restent bas pour la modalité 6 heures, avec ou sans réussite chirurgicale et avec ou sans paracétamol.

Ne pas soulager une douleur par administration d'un antalgique morphinique supplémentaire, mais soulager avec un gramme de paracétamol (antalgique de palier I) est plus acceptable pour les participants ($M=3,40$) quand l'infirmière accepte de donner un gramme de paracétamol 6h après la dernière dose d'opiacé. Cependant, il n'y a pas de différence quand elle accepte d'administrer un gramme de paracétamol,

après 2h (M=5,78) et 4 h (M=4,56) que sans paracétamol, après 2h (M=5,56) et 4 h (M=4,06).

Le facteur « demande du patient à être soulagé » est aussi significatif avec $F(2,198)=28,232$; $p < ,0000$. Il est toujours inacceptable pour les participants de ne pas soulager la douleur, mais c'est plus acceptable quand le patient appelle l'infirmière une seule fois (M=4,46).

En résumé, nous constatons que les participants ont émis un jugement d'acceptabilité de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières en tenant compte, premièrement, du facteur « degré de douleur exprimé par le patient » avec $F(2,198)=345,312$; $p < ,0000$. Il est aussi important quand les participants tiennent compte de la « réussite de l'intervention chirurgicale » avec $F(2,200)=216,577$; $p < ,0000$ que quand ils tiennent compte du traitement alternatif donné par l'infirmière « traitement de la douleur par l'administration d'un gramme de paracétamol » avec $F(2,200)=264,644$; $p < ,0000$. Étant donné que c'est ce facteur qui a le plus grand impact sur le jugement de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières, nous pouvons en déduire que l'acceptabilité dans ce cluster dépend fortement du facteur « degré de douleur du patient évalué par l'infirmière », avec $F(2,198)=345,312$; $p < ,0000$.

Deuxièmement, le facteur « niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique », mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose, a un grand impact sur le jugement de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières ($F(2,198)=241,233$; $p < ,0000$). Il est aussi très important quand les participants tiennent compte de la « réussite de l'intervention chirurgicale » avec $F(2,200)=134,562$; $p < ,0000$, ou quand ils tiennent compte du traitement alternatif donné par l'infirmière « traitement de la douleur par l'administration d'un gramme de paracétamol » avec $F(2,200)=264,44$; $p < ,0000$. Nous pouvons en déduire que l'acceptabilité dans ce cluster 2 dépend fortement du facteur « niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique, de palier I ».

Enfin, le facteur portant le moins de poids dans le jugement de la gestion de la douleur postopératoire par l'infirmière, c'est la « demande du patient à être soulagé de sa douleur » avec $F(2,198)=28,232$; $p < ,0000$. Le facteur « âge du patient » avec $F(1,99)=2,245$; $p < ,1372$ n'a pas d'effet significatif.

Cluster 3 (Principalement dépendant du niveau de risque)

Les degrés d'acceptabilité du facteur « **âge du patient** » restent autour de la moyenne aussi bien quand l'infirmière décide de soulager la douleur d'un patient de 45 ans ($M=5,10$) que lorsqu'elle décide de soulager un patient de 80 ans ($5,13$). Le degré d'acceptabilité est plus élevé que dans les clusters 1 (45 ans : $M=1,25$; 80 ans : $M=1,26$ avec $F(1,129)=0,0638$; $p < ,8000$) et 2 (45 ans : $M=4,08$; 80 ans : $M=4,22$ avec $F(1,99)=2,245$; $p < ,1372$). Nous pouvons donc en déduire que le principe de justice est respecté dans le cluster 3. Ce facteur n'est pas significatif avec $F(1,71)=0.163$; $p < ,6873$.

L'effet du facteur « **douleur évaluée par l'infirmière** » sur le jugement d'acceptabilité du cluster 3 est, en général, très important, avec $F(2,258)=116,5889$; $p < ,0000$). Ce facteur est donc significatif dans le jugement de refuser de soulager la douleur postopératoire par les infirmières. En effet, ne pas soulager une douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 est acceptable pour les participants tandis que ne pas soulager une douleur évaluée à 9 sur 10 est inacceptable.

Le facteur « **risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique** » par l'infirmière a aussi un effet très important, sur le jugement d'acceptabilité du cluster 3, avec $F(2,142)=519,517$; $p < ,0000$. C'est un facteur significatif dans le jugement de la gestion de la douleur postopératoire. Moins le niveau de risque encouru par le patient est important (6 h après l'administration d'un antalgique morphinique), plus il est inacceptable de ne pas soulager la douleur ($M=1,78$). A contrario, plus important est le niveau de risque encouru par le patient (2 h après l'administration d'un antalgique morphinique), est important, plus il est acceptable de ne pas soulager la douleur ($M=8,28$). En général, nous constatons que la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières est « risque-dépendant ». Les degrés d'acceptabilité restent à l'opposé en fonction de la modalité du risque. Ceci est donc un facteur qui a beaucoup de poids pour les participants.

L'effet du facteur « **niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique** » en fonction de la réussite de l'intervention chirurgicale a aussi un effet très important. C'est donc un facteur significatif avec $F(2,142)=56,653$; $p < ,0000$. Plus important est le niveau de risque encouru par le patient (2 h après l'administration d'un antalgique morphinique), est important, plus il est acceptable est de ne pas soulager la douleur ($M=7,91$) alors que c'est inacceptable 6h après l'administration d'un antalgique morphinique ($M=1,61$). Nous en déduisons qu'en effet, la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières est « risque-dépendant ».

Ne pas soulager une douleur après 2h, 4h ou 6h par l'administration d'un antalgique morphinique supplémentaire, mais soulager avec un gramme de paracétamol (palier I) est toujours acceptable, davantage encore 2h après l'administration d'un antalgique morphinique. Les moyennes oscillent entre 5,27 et 6,74.

Le facteur « **douleur évaluée par l'infirmière** » est significatif avec $F(2,143)=96,419$; $p < ,0000$. Il reste acceptable dans les modalités 6 sur 10 ($M=5,08$) et 3 sur 10 ($M=5,84$) alors qu'il est moins acceptable quand le patient a une douleur très importante, à 9 sur 10 ($M=4,41$). Dans la prise en compte de la réussite de l'intervention chirurgicale, la douleur à 6 sur 10 est aussi moins acceptable ($M=4,82$). Ainsi, nous constatons que plus le degré de douleur du patient est bas, plus il est acceptable est de ne pas le soulager. En général, soulager la douleur par un gramme de paracétamol est toujours plus acceptable ($M=7,05$).

Que le patient appelle l'infirmière pour demander une autre dose d'antalgique, 1, 3-4 ou 5-6 fois, il est toujours acceptable de soulager sa douleur. Les notations restent autour de la moyenne. Ce facteur est aussi significatif avec $F(2,142)=12,082$; $p < ,0000$.

En résumé, nous constatons que les participants ont émis un jugement d'acceptabilité de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières en tenant compte, tout d'abord, par ordre d'importance croissante, du facteur « niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique », mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose. Il est aussi très important, autant quand les participants tiennent compte de la « réussite de l'intervention chirurgicale » avec $F(2,142)=384,999$; $p < ,0000$ que quand les participants tiennent compte du traitement alternatif donné par l'infirmière « traitement de la douleur par l'administration d'un gramme de paracétamol » avec $F(2,142)=400,057$; $p < ,0000$. Étant donné que ce facteur a le plus grand impact sur le jugement de refuser de soulager la douleur aiguë par les infirmières, nous pouvons en déduire que l'acceptabilité dans ce cluster 3 dépend fortement du facteur « niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique, de palier I ».

Ensuite, le facteur portant le plus du poids est le « degré de douleur évalué par l'infirmière » avec $F(2,142)=96,419$; $p < ,0000$. Il est aussi important quand les participants tiennent compte de la « réussite de l'intervention chirurgicale » avec $F(2,142)=53,653$; $p < ,0000$ que quand les participants tiennent compte du traitement

alternatif donné par l'infirmière « traitement de la douleur par l'administration d'un gramme de paracétamol » avec $F(2,142)=69,068$; $p < ,0000$.

Enfin, le facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur » avec $F(2,142)=12,082$; $p < ,0000$ porte très peu du poids et le facteur « âge du patient » n'a pas d'effet significatif ($F(1,71)=0,163$; $p < ,6873$).

Cluster 4 (Principalement acceptable)

Pour le facteur « **âge du patient** » il est acceptable de soulager la douleur tant pour les patients de 45 ans que des patients de 80 ans. Les moyennes d'acceptabilité sont similaires. Cependant, ce facteur n'est pas significatif avec $F(1,43)=3,720$; $p < ,0600$. Nous pouvons donc en déduire que le principe de justice est aussi respecté dans le cluster 4.

L'effet du facteur « **douleur évaluée par l'infirmière** » sur le jugement d'acceptabilité du cluster 4 est, en général, important, avec $F(2,86)=52,049$; $p < ,0000$). Ce facteur est donc significatif dans le jugement du refus des infirmières de soulager la douleur postopératoire. En effet, ne pas soulager une douleur évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 est plus acceptable pour les participants ($M=8,30$) que ne pas soulager une douleur évaluée à 9 sur 10 ($M=6,46$). Ceci reste néanmoins acceptable, contrairement au cluster 1, où c'était toujours inacceptable.

En général, les degrés d'acceptabilité restent très hauts par rapport aux clusters 1, 2 et 3. Ce qui veut dire que pour ces participants, ne pas soulager la douleur des personnes qui demandent d'être calmées est acceptable. D'autant plus acceptable que le risque encouru par le patient est important ($M= 8,60$).

Le facteur « traitement par l'administration au patient d'un gramme de paracétamol (analgésique mineur) » n'est pas significatif dans ce cluster avec $F(1,44)=0,926$; $p < ,3412$. Cependant, ne pas soulager les patients douloureux ayant eu une intervention chirurgicale non réussie ($M=6,51$), est noté acceptable, mais moins que si l'intervention est réussie ($M=7,28$) (est moins inacceptable), peut-être du fait que l'échec est lié, dans les soins, à des complications. Avec une différence de 1,60 point entre intervention chirurgicale réussie et non réussie, les participants considèrent qu'il est toujours acceptable de ne pas soulager avec une dose supplémentaire d'antalgique morphinique, avec $F(1,44)=16,893$; $p < ,0001$.

Le facteur « **risque encouru par le patient** » associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique par l'infirmière a aussi un effet important, sur le jugement d'acceptabilité des participants du cluster 4, avec $F(2,86)=61,177$;

$p = ,0000$. C'est aussi un facteur significatif dans le jugement de la gestion de la douleur postopératoire. Plus important est le niveau de risque encouru par le patient (2 heures après l'administration d'un antalgique morphinique), est important, plus il est acceptable est de ne pas soulager la douleur ($M=8,60$). En général, les degrés d'acceptabilité restent très élevés. Ce qui veut dire que pour les participants, ne pas soulager la douleur des personnes 2, 5 ou 6 heures après l'administration d'un antalgique morphinique peut être acceptable. Ces valeurs restent aussi élevées quand les participants tiennent compte de la réussite de l'intervention chirurgicale ($M=8,24$).

Par rapport, au facteur « **demande du patient à être soulagé** », qu'il appelle 1, 3-4 ou 5-6 fois, il est toujours acceptable pour les participants que l'infirmière refuse de soulager la douleur aiguë postopératoire. Ce facteur est significatif avec $F(2,86)=4,816$; $p = ,0104$.

Nous concluons que les participants ont émis un jugement d'acceptabilité de la gestion de la douleur postopératoire par les infirmières en tenant compte principalement de deux facteurs, par ordre croissant : « le degré de douleur évalué par l'infirmière » avec $F(2,86)=52,049$; $p < ,0000$ et « le niveau de risque associé à l'administration d'une autre dose d'antalgique morphinique », mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose avec $F(2,86)=61,177$; $p < ,0000$. Ces deux facteurs sont aussi significatifs quand les participants prennent en compte le facteur « réussite de l'intervention chirurgicale » avec $F(1,44)=16,893$; $p < ,0001$.

Les facteur « demande du patient à être soulagé de sa douleur » avec $F(2,86)=4,816$; $p < ,0104$ est également significatif, mais il apporte très peu de poids dans le jugement.

Les facteurs « âge du patient » avec $F(1,43)=3,720$; $p < ,0600$ et le facteur « traitement de la douleur par l'administration au patient d'un gramme de paracétamol » avec $F(1,44)=0,926$; $p < ,3412$, ne sont pas significatifs.

Dans ce cluster toutes les notations des participants sont ou dessus de la moyenne, c'est donc le groupe où ne pas soulager la douleur est acceptable dans certaines circonstances.

Cluster 5 (Indéterminé)

Le facteur « **douleur évaluée par l'infirmière** » a un effet significatif ($F(2,88)=3,5555$; $p < ,0327$), mais avec une probabilité de seulement 64% (puissance = ,646791) de détecter une différence lorsqu'elle existe réellement, nous considérons

l'effet de ce facteur non significatif. À noter que dans ce dernier cluster, aucun autre facteur n'a eu d'effet significatif. Les valeurs de la variable dépendante sont toujours à proximité du centre de l'échelle des réponses ($M=4,95$).

Conclusion

Ces résultats montrent que les facteurs intra-sujets, « douleur exprimée par le patient et évaluée par l'infirmière », « demande du patient à être soulagé de sa douleur » et « risque encouru par le patient » associé à l'administration d'une autre dose de médicament morphinique mesuré en temps écoulé depuis la dernière dose, ont un effet significatif dans les clusters 1,2,3 et 4. Nous pouvons penser que sur un échantillon de sujets plus importants, ces effets deviendront significatifs à $p < ,001$. Il n'en est pas de même pour le facteur intra-sujet « âge du patient » qui a un effet non significatif, mais tendanciel dans le cluster 4 ($F(1,43)=3,720$; $p < ,060$), avec une probabilité de seulement 47% (puissance = ,470438) de détecter une différence lorsqu'elle existe réellement.

Concernant le facteur intra-sujet « résultant de l'intervention chirurgicale » dans la modalité « réussite de l'intervention chirurgicale », il est significatif dans les clusters 1,2,3 et 4. Le facteur intra-sujet « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient » dans la modalité « l'infirmière administre au patient, un gramme de paracétamol (antalgique de palier I), pour soulager sa douleur » est significatif dans les clusters 1,2 et 3.

Dans le cluster 5, le facteur « degré de douleur exprimé par le patient » a un effet significatif ($F(2,88)=3,5555$; $p < ,0327$), mais avec une probabilité de seulement 64% (puissance = ,646791) de détecter une différence lorsqu'elle existe réellement, nous considérons l'effet de ce facteur non significatif. À noter que dans ce dernier cluster, les valeurs de la variable dépendante étaient toujours à proximité du centre de l'échelle de réponses ($M=4,95$). Aucun facteur n'a eu un effet détectable dans ce cluster alors que dans les autres il y a, clairement, des facteurs avec des effets significatifs. Ainsi, les personnes appartenant au cluster 1 sont globalement les moins acceptantes alors que ceux du groupe 4 témoignent du degré d'acceptabilité le plus élevé.

3.4.3.3.2. Effets combinés des facteurs intra-sujets sur les clusters

Effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient »

Cluster 3 (Principalement dépendant du niveau du risque)

La *Figure 3-10* montre les effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administré. L'axe horizontal représente le degré de douleur évalué par l'infirmière et ses trois modalités : « douleur évaluée à 9 sur 10 », « douleur évaluée à 6 sur 10 et « douleur évaluée à 3 sur 10 ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité des participants de l'étude. Les courbes représentent le « niveau de risque encouru par le patient ». La courbe pleine en haut, de couleur bleue, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a 2h (risque élevé ou risque très important). La courbe en tirets de couleur rose, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a 4h (risque moyen ou risque important) » et enfin, la courbe du bas, en pointillés de couleur verte, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a 6h (risque bas ou pas de risque important) ».

Les trois courbes sont ascendantes et presque parallèles. Mais elles suivent la règle de moyenne. Plus le niveau de risque encouru par le patient est élevé (2h après l'administration d'une dose d'antalgique morphinique), plus le degré d'acceptabilité est important : $M=8,75$ avec une douleur évaluée à 3 sur 10 et $M=7,82$ avec une douleur évaluée à 9 sur 10. A contrario, plus le niveau de risque encouru par le patient est bas (après 6h de l'administration d'une dose d'antalgique morphinique), plus le degré d'acceptabilité est également bas : $M=0,98$ avec une douleur évaluée à 9 sur 10 et $M=2,48$ avec une douleur évaluée à 3 sur 10.

En conclusion, le jugement d'acceptabilité de refuser le soulagement de la douleur d'un patient dépend du niveau de risque. Refuser de soulager la douleur des patients est jugé comme un comportement plus acceptable quand le niveau de risque est élevé.

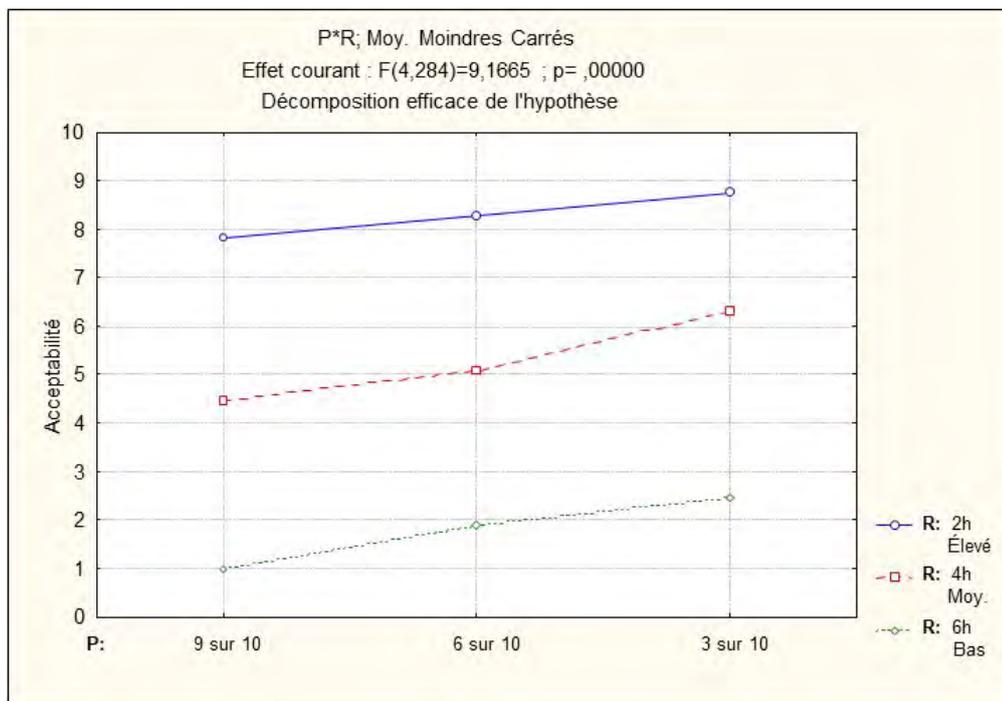


Figure 3-10. Effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l’infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient » dans le cluster 3

Cluster 4 (Principalement acceptable)

La Figure 3-11 montre les effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l’infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d’antalgique morphinique administré. L’axe horizontal représente le degré de douleur évalué par l’infirmière et ses trois modalités : « douleur évaluée à 9 sur 10 », « douleur évaluée à 6 sur 10 et « douleur évaluée à 3 sur 10 ». L’axe vertical représente le degré d’acceptabilité des participants de l’étude. Les courbes représentent le « niveau de risque encouru par le patient ». La courbe pleine en haut, de couleur bleue, représente la moyenne d’acceptabilité pour la modalité « la dernière dose d’antalgique morphinique administrée il y a 2h (risque élevé ou risque très important). La courbe en tirets de couleur rose, représente la moyenne d’acceptabilité pour la modalité « dernière dose d’antalgique morphinique administrée il y a 4h (risque moyen ou risque important) » et enfin, la courbe du bas, en pointillés, de couleur verte, représente la moyenne d’acceptabilité pour la modalité « dernière dose

d'antalgique morphinique administrée il y a 6h (risque bas ou pas de risque important) ».

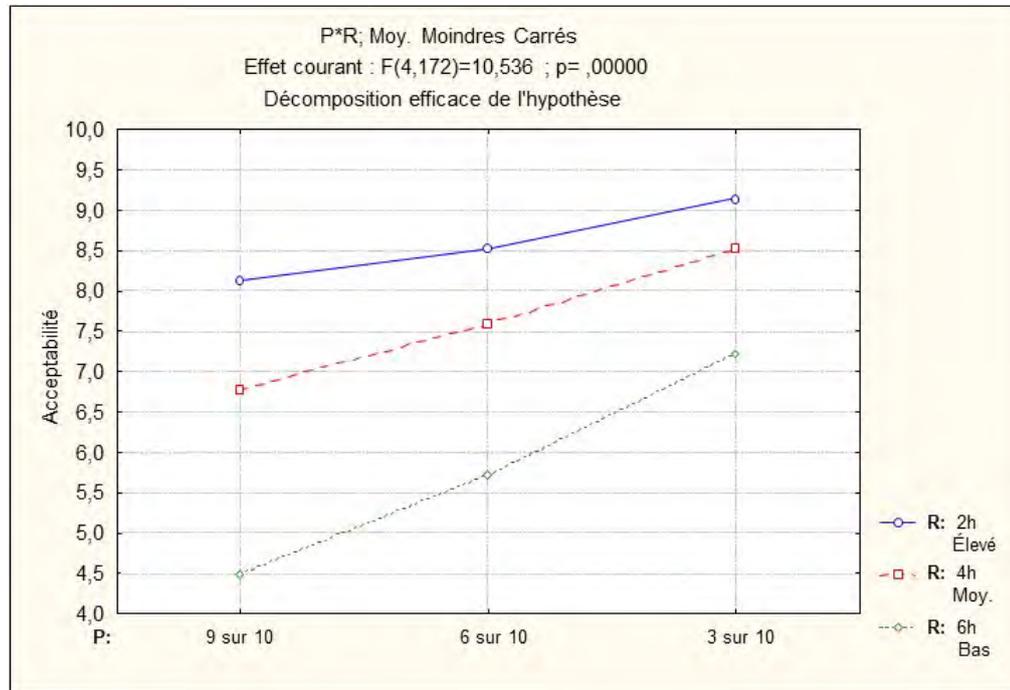


Figure 3-11. Effets combinés des facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière » et « niveau de risque encouru par le patient » dans le cluster 4 (première étude).

Les trois courbes sont ascendantes suivant une règle disjonctive. Plus le niveau de risque encouru par le patient est élevé (2h après l'administration d'une dose d'antalgique morphinique), plus le degré d'acceptabilité est important : $M=8,12$ avec une douleur évaluée à 9 sur 10, $M=8,51$ avec une douleur évaluée à 6 sur 10 et enfin, $M=9,14$ avec une douleur évaluée à 3 sur 10. Le degré d'acceptabilité est aussi élevé quand le degré de douleur évalué par l'infirmière est bas (évalué à 3 sur 10) et le niveau de risque encouru par le patient est également bas : $M=7,21$.

En conclusion, le jugement d'acceptabilité de refuser le soulagement de la douleur dépend du niveau de risque encouru par le patient quand l'infirmière évalue sa douleur comme étant élevée. Refuser de soulager la douleur des patients est jugé comme un comportement plus acceptable quand le niveau de risque est élevé.

Effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière »

Cluster 1 (Non acceptable)

La Figure 3-12 montre les effets combinés des facteurs « traitement de la douleur par l'administration par l'infirmière d'un gramme de paracétamol » et « douleur du patient évalué par l'infirmière ». L'axe horizontal représente le degré de douleur évalué par l'infirmière et ses trois modalités : « douleur évaluée à 9 sur 10 », « douleur évaluée à 6 sur 10 et « douleur évaluée à 3 sur 10 ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité des participants de l'étude. Les courbes représentent le traitement de la douleur, « administration par l'infirmière d'un gramme de paracétamol ». La courbe pleine en bas, de couleur bleue, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « pas d'administration de paracétamol par l'infirmière » et la courbe en tirets du haut, de couleur rose, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « administration d'un gramme de paracétamol » par l'infirmière.

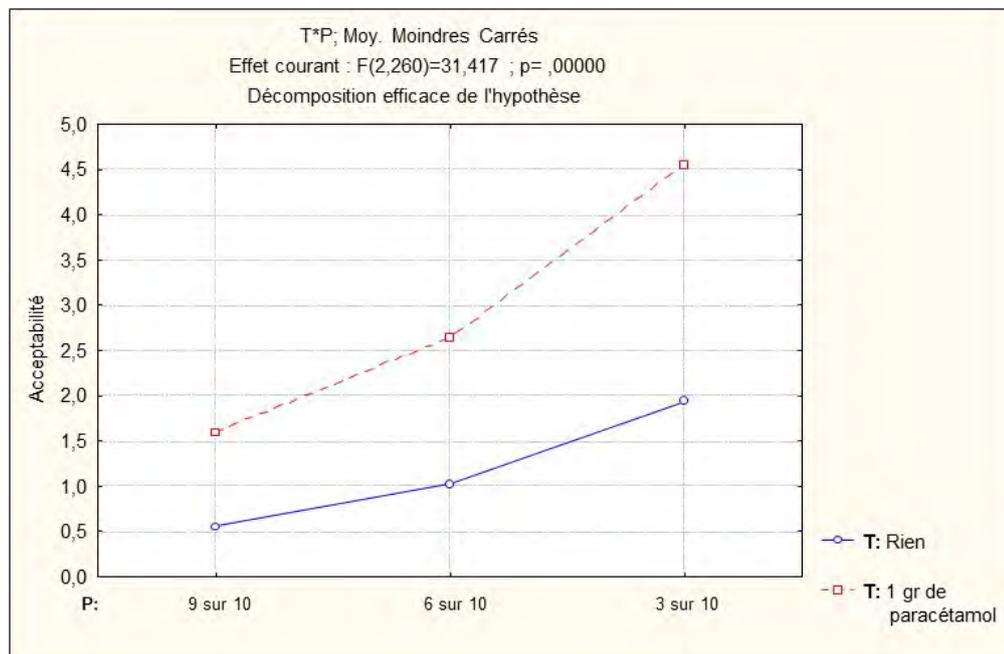


Figure 3-12. Effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière » dans la première étude.

Les deux courbes sont ascendantes, et dans la modalité « administration d'un gramme de paracétamol par l'infirmière », la pente est plus importante. Ainsi, lorsque

l'infirmière administre un gramme de paracétamol, est jugé le plus souvent comme un comportement plus acceptable pour des patients présentant une douleur à 3 sur 10. C'est-à-dire, que les participants ont jugé qu'il est plus acceptable de refuser de soulager la douleur de patients quand elle est faible, mais qu'il est plus acceptable de la soulager avec un gramme de paracétamol que de ne rien faire. Nous observons, par ailleurs, que l'écart entre les deux courbes est différent : il est plus important pour la modalité « douleur du patient évaluée par l'infirmière à 3 sur 10 », suivi par la modalité « douleur du patient évalué par l'infirmière à 6 sur 10 ». Ceci montre que le fait que l'infirmière soulage la douleur avec un gramme de paracétamol au lieu de ne rien faire est davantage pris en compte par les participants que dans la modalité « douleur du patient évaluée par l'infirmière à 9 sur 10 ».

Effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient » et « niveau de risque encouru par le patient »

Cluster 3 (Principalement dépendant du niveau du risque)

La Figure 3-13 montre les effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient » et « niveau de risque encouru par le patient » mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée.

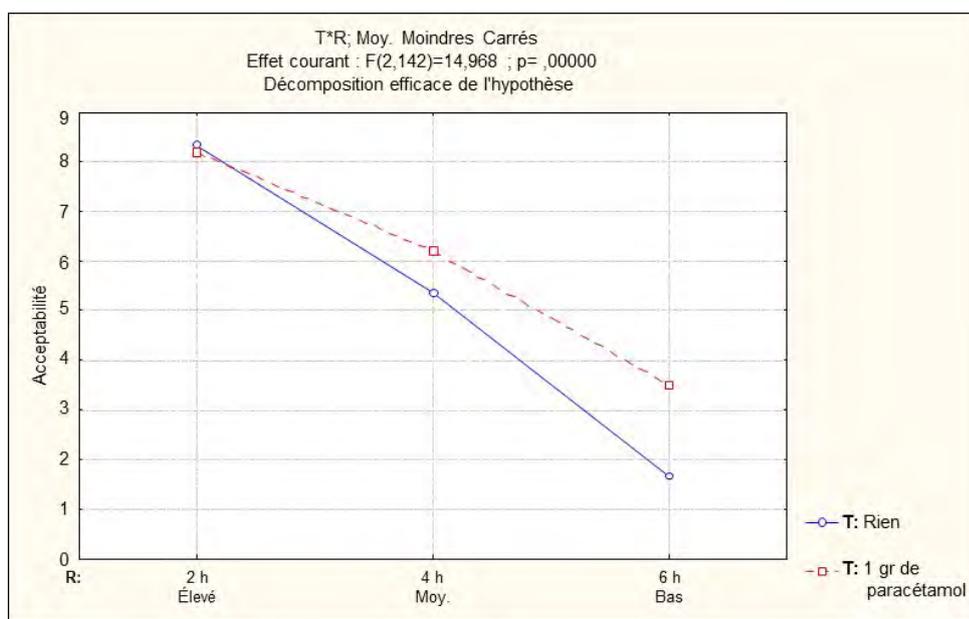


Figure 3-13. Effets combinés des facteurs « administration par l'infirmière d'un traitement pur soulager la douleur du patient » * « niveau de risque encouru par le patient »

L'axe horizontal représente le « niveau de risque encouru par le patient », mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose d'antalgique morphinique administrée : modalité 1, « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a 2h (risque élevé ou risque très important) » ; modalité 2, « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a 4h (risque moyen ou risque important) » et enfin, la modalité 3, « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a 6h (risque bas ou pas de risque important) ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité des participants de l'étude. Les courbes représentent le traitement de la douleur, « administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient ». La courbe pleine en bas, de couleur bleue, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « pas d'administration de paracétamol » par l'infirmière et la courbe en tirets du haut, de couleur rose, représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « administration d'un gramme de paracétamol » par l'infirmière.

Les deux courbes sont descendantes avec les facteurs en relation inversée, combinés suivant une règle additive. Les différences entre celles de la modalité « administrer un gramme de paracétamol » et celles de la modalité « ne pas administrer de paracétamol » ne sont pas très accentuées. Ceci montre que le fait que l'infirmière soulage la douleur avec un gramme de paracétamol au lieu de ne rien faire n'est pas davantage pris en compte par les participants.

3.4.3.4. Représentation des résultats des clusters en fonction des effets combinés des facteurs intra-sujets sur les clusters ayant le plus de poids dans cette première étude.

Après avoir effectué plusieurs analyses de variance et exploré les effets principaux et combinés des facteurs intra-sujets de notre étude, nous nous sommes intéressés aux interactions qui nous semblent les plus pertinentes pour expliquer les différentes positions des participants relatives au jugement de l'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), chez les patients en situation de douleur aiguë postopératoire qui en font la demande. La figure de l'*Annexe 10* représente les résultats correspondants aux cinq modèles de pensée identifiés dans notre étude, dont les quatre principaux (de gauche à droite) sont :

- le **cluster 1**, nommé « *non acceptable* » ;
- le **cluster 2**, nommé « *principalement dépendant de la douleur* » ;

- le **cluster 3**, nommé « **principalement dépendant du risque** »
- et enfin, le **cluster 4**, nommé « *principalement acceptable* ».

Le **cluster 5 (indéterminé)**, étant non significatif puisqu'aucun facteur n'a eu un effet détectable, nous avons fait le choix de ne pas en parler dans cette synthèse. En effet, les indécisions des 46 personnes de ce cluster, représentent 11,64% du total de participants de l'étude, les ont amenées à répondre toujours à proximité du centre de l'échelle de réponses ($M=4,95$). Le grand public (18%) et les psychologues (13%) sont plus nombreux dans ce groupe que les autres participants.

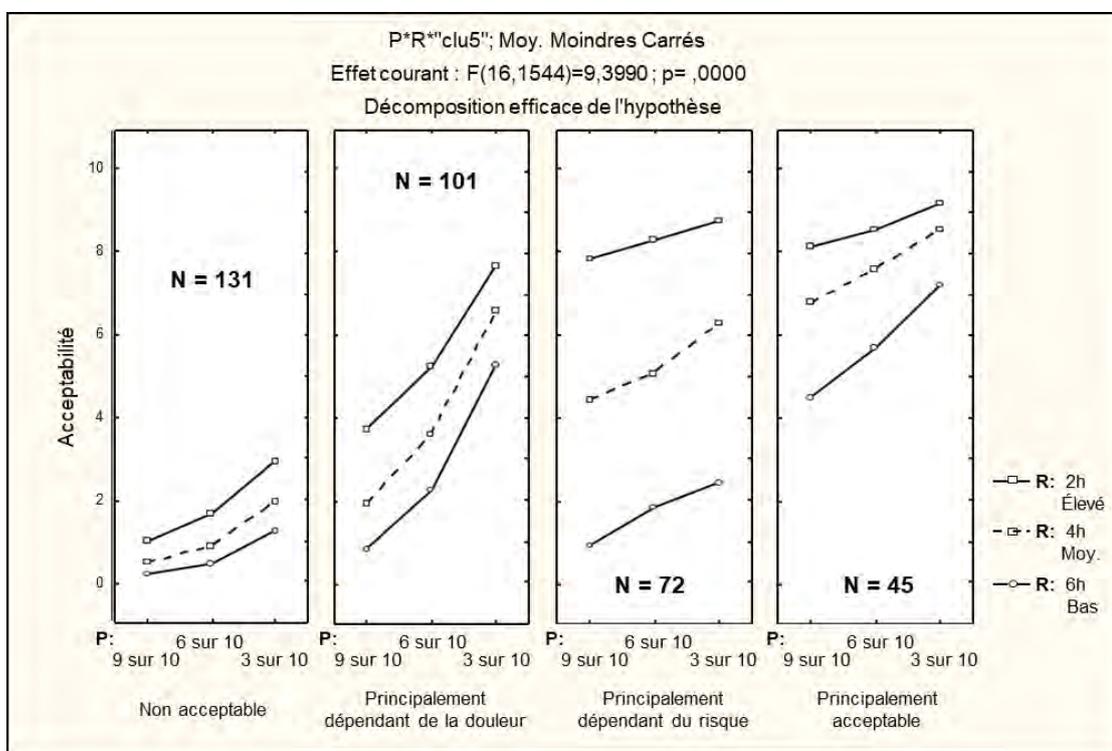


Figure 3-14. Étude 1. Effets combinés des facteurs intra-sujets ayant le plus du poids dans notre étude : quatre modèles de pensée

Le graphique de la *Figure 3-14* représente les effets combinés des facteurs significatifs intra-sujets « douleur évaluée par l'infirmière » et « risque encouru par le patient ». L'axe horizontal représente la « **douleur** exprimée par le patient et évaluée par l'infirmière » selon les trois modalités (de gauche à droite) : « douleur évaluée par l'infirmière à **9 sur 10** », « douleur évaluée par l'infirmière à **6 sur 10** » et « douleur évaluée par l'infirmière à **3 sur 10** ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité relatif

aux scénarii. Les trois courbes représentent pour chacun des clusters les trois modalités du facteur « **risque** encouru par le patient » associé à l'administration d'une dose supplémentaire d'un antalgique morphinique (opiacé de palier III), mesuré par le temps écoulé depuis la dernière dose administrée. La courbe pleine supérieure représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a **2h** (risque **élevé ou très important**) ». La courbe en tirets représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a **4h** (risque **moyen ou important**) » et enfin, la courbe pleine inférieure représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « dernière dose d'antalgique morphinique administrée il y a **6h** (risque **bas ou pas important**) ». Le « N » représente le nombre de participants constituant le cluster. Ainsi, nous retrouvons, pour le cluster 1, N=131 (33,16% du total des participants), pour le cluster 2, N=101 (25,57%), pour le cluster 3, N=72 (18,22%) et pour le cluster 4, N=45 (11,40%).

Nous pouvons observer dans son l'ensemble que les patrons de réponse sont très différents en fonction du cluster. En effet, nous constatons un changement de règle algébrique d'intégration de l'information (Anderson 1981, 1996, 2008). Dans le premier cluster (N=131), nommé « *Inacceptable* » nous constatons que le jugement d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire est très bas. En effet, les jugements émis par les participants de l'étude, sur l'infirmière ayant décidé de ne pas donner de médicaments contre la douleur, étaient toujours assez faibles (M=1,26). Cependant, les jugements d'acceptabilité ont été légèrement plus élevés lorsque le niveau de douleur du patient, tel qu'évalué par l'infirmière, était faible (M=2,11) que lorsqu'il était fort (M=0,62). Ce degré d'acceptabilité était également plus élevé lorsque le niveau de risque de donner une autre dose d'opiacé était grand (M=1,93) que lorsque le risque était faible (M=0,70). En outre, ces deux facteurs interagissent de façon significative ; l'effet du facteur « niveau de risque » était plus fort lorsque la douleur était légère (2,98-1,31=1,67) que lorsqu'elle était sévère (1,06-0,27=0,79). Quand le paracétamol était administré, les notes étaient plus élevées (M=2,93) que lorsqu'il ne l'était pas (M=1,18), et l'effet de ce facteur était plus fort lorsque la douleur était plus faible (4,55-1,60=2,95) que lorsqu'elle était plus importante (1,94-0,56=1,38). Comme le montre le tableau de l'*Annexe 6*. Les infirmières étaient plus nombreuses (57%) à être dans ce groupe que les médecins (30%) ou les aides-soignants (31%) eux-

mêmes plus nombreux que les psychologues (13%). Le grand public était représenté à 17%.

Le deuxième cluster (N=101), appelé « *principalement dépendant de la douleur* » puisque le facteur « douleur évaluée par l'infirmière » était celui ayant le plus grand impact sur les jugements d'acceptabilité, qui étaient sensiblement plus élevés lorsque le niveau de douleur était faible (M=6,51) que lorsqu'il était élevé (M=2,21). Le degré d'acceptabilité était également plus élevé (1) lorsque le niveau de risque était élevé (M=5,57) que lorsqu'il était faible (M=2,82) et (2) lorsque c'était la première demande du patient (M = 4,46) que lorsque ce n'était pas (M=3,93). Quand la chirurgie n'aboutissait pas, le degré d'acceptabilité était légèrement inférieur (M=3,69) que lorsqu'elle aboutissait (M=4,07). Quand le paracétamol avait été donné, les jugements émis par les participants étaient plus élevés (M=5,11) que lorsqu'il ne l'était pas (M=4,07), et l'effet de ce facteur était constant. Les médecins (52%) étaient plus nombreux dans ce cluster que les autres participants. Le grand public était légèrement plus nombreux (24%) que les infirmières (22%).

Le troisième cluster (N=72), appelé « *principalement dépendant du risque* » puisque le facteur de « niveau du risque » était celui ayant le plus grand impact sur le jugement d'acceptabilité, qui était considérablement plus élevé lorsque le risque était élevé (M=8,29) que lorsqu'il était faible (M=1,79). Les évaluations sont également plus hautes premièrement lorsque le niveau de douleur était faible (M=5,85) que lorsqu'il était élevé (M=4,42) et deuxièmement davantage lorsque c'était la première demande du patient (M=5,32) que lorsque ça ne l'était pas (M=5,00). Quand la chirurgie n'aboutissait pas, les notes étaient légèrement inférieures (M=4,64) que lorsqu'elle aboutissait (M=5,11). Quand le paracétamol était administré, les évaluations étaient plus élevées (M=5,97) que lorsqu'il ne l'était pas (M=5,11), et l'effet de ce facteur était plus fort lorsque le risque était faible ($3,51-1,65=1,86$) que lorsqu'il était élevé ($8,32-8,21=0,11$). Les psychologues (43%) étaient plus nombreux dans ce groupe que les autres participants. Le grand public représentait 22% et les médecins seulement 9%.

Le quatrième cluster (N=45), qualifié de « *Principalement acceptable* » puisque le jugement d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire était toujours très élevé (M=7,35). Cependant, le degré d'acceptabilité était légèrement plus élevé lorsque le niveau de la douleur était faible (M=8,30) que lorsqu'il était élevé (M=6,47) et lorsque le niveau de risque était élevé (M=8,60) que lorsqu'il était faible (M=5,51). En outre, ces deux facteurs interagissent de façon significative. L'effet du risque était plus faible lorsque la douleur était

légère (9,15-7,21=1,94) que lorsqu'elle était importante (8,13-4,50=4,37). Quand la chirurgie n'aboutissait pas, le degré d'acceptabilité était légèrement inférieur (M=6,51) que lorsqu'elle aboutissait (M=7,28). Grand public (19%) et aides-soignants (16%) étaient plus nombreux dans ce groupe que les infirmières (3%) et les médecins (3%).

En résumé, le degré de douleur évalué par l'infirmière interagit de façon significative avec le niveau de risque encouru par le patient. Il était toujours plus acceptable quand le patient était soulagé avec un gramme de paracétamol.

3.5. DISCUSSION

Notre première hypothèse concernait les facteurs intra-sujets. Nous nous attendions à que les participants donnent des poids différents au six facteurs de notre étude, pour juger du degré d'acceptabilité du refus des infirmières d'administrer une dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), prescrit en « si besoin » une fois la pompe à morphine retirée, pour soulager les patients en situation de douleur aiguë postopératoire qui en font la demande. Les six facteurs étudiés dans nos 72 scénarii sont : « l'âge du patient », « le degré de douleur évalué par l'infirmière », « la demande du patient à être soulagé de sa douleur », « le risque encouru par le patient », « le résultat de l'intervention chirurgicale » et « l'administration par l'infirmière d'un traitement pour soulager la douleur du patient ». D'un point de vue général, les résultats obtenus montrent que les six facteurs ont été pris en compte pour émettre le jugement d'acceptabilité. Cependant, les participants ont pris en considération par ordre d'importance, les facteurs « demande du patient à être soulagé », « niveau de risque encouru par le patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière ». Le facteur ayant eu le moins d'influence est le facteur « âge du patient » puisqu'il n'a pas eu d'effet significatif. Ceci veut dire que les patients seront traités de façon équitable dans le soulagement de la douleur postopératoire (principe de justice).

Le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière » semble avoir un effet significatif dans le jugement d'acceptabilité, il ne change pratiquement pas du fait qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale réussie ou avec des complications (en échec). Ceci veut, également, dire qu'en ce qui concerne le soulagement de la douleur en postopératoire, les patients seront traités de façon équitable, qu'il y ait ou non des complications dans l'intervention chirurgicale. Notre résultat va dans le sens des recommandations de la HAS, qui, dans son guide de bonnes pratiques, met en évidence la

prise en charge de la douleur des patients dès le retour immédiat du bloc opératoire pour toute chirurgie. De même, ces résultats vont dans le sens des travaux de Drew et al., 2014 ; Reynolds et al., 2013 ; Manias et al., 2006 ; Manias et al., 2005 et Dunwoody et al., 2008. En effet, les infirmières, suivant leur Code Déontologique (*Art. R. 4127-37 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif au soulagement de la douleur en toutes circonstances*), s'accordent à dire que le patient doit être soulagé assez rapidement. Au-delà de l'obligation de soulager la douleur, il reste l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur adaptées (Hjermstad et al., 2011) avant l'administration d'une dose supplémentaire d'opiacés (Gordon et al., 2008), notamment quand le patient ne demande pas à être soulagé de forme directe (Buchbinder et al., 2015) ou, il a attendu jusqu'à ressentir une douleur intense avant de demander l'infirmière (Fletcher et al., 2008). Ceci peut entraîner non seulement une morbidité postopératoire (Carr & Gaudas, 1999), mais un coût supplémentaire (Duignan & Dunn, 2009 ; Wells et al., 2008).

Le facteur « administration au patient d'un gramme de paracétamol (antalgique de palier I) » est un facteur significatif dans le jugement. En effet, délivrer du paracétamol au patient est toujours plus acceptable que ne rien donner. Ceci, fait non seulement fait augmenter la moyenne, mais surtout fait basculer l'ordre de priorités des participants dans leurs jugements, en passant d'une situation inacceptable, celle où l'infirmière ne fait rien pour soulager la douleur de la personne qui le demande, à une situation totalement acceptable, où l'infirmière aide la personne en souffrance (principe de bienfaisance, cf. *sous-chapitre 1.1*). Ces résultats peuvent aussi être expliqués au regard de la perception sur les antalgiques opioïdes, notamment pour la morphine. Nous pouvons dire à ce sujet que son utilisation fait, peut-être encore peur aux soignants, mais aussi au grand public (Chauffour-Ader & Daydé-Lamarre, 2016 ; Mas et al., 2004 ; Minozzi et al., 2012 ; Gordon et al., 2008). En outre, ces résultats vont également dans le sens des recommandations de la HAS, la Société Française de Santé Publique (SFSP) et l'OMS, qui relèvent que les antalgiques de palier I (paracétamol) doivent être donnés en première intention lors d'une plainte ou demande du patient. Les travaux de Fletcher et ses collaborateurs ont révélé aussi que le paracétamol, analgésique non opioïde, prescrit avec un horaire régulier, a été utilisé dans 90,3% des cas. Concernant, ce dernier facteur, « la demande du patient à être soulagé de sa douleur », il est toujours inacceptable de ne pas soulager la douleur d'un patient quand il en fait la demande. Mais, c'est mieux accepté quand le patient sollicite l'infirmière une seule fois ou ne la sollicite pas. Ces résultats vont également dans le sens de la prise en compte de la demande des patients, dictée dans l'article II de la Charte du patient

hospitalisé (Annexée à la Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995). D'ailleurs, dans nos établissements de santé, à travers l'évaluation de la satisfaction des patients, la prise en charge de la douleur et donc de la demande de l'utilisateur est l'un des indicateurs de la qualité des soins (HAS, mai 2017 ; Belbachir et al., 2009).

Le facteur « risque encouru par le patient » est lui aussi significatif. Ainsi, plus le niveau de risque encouru par le patient est important, plus il est acceptable de ne pas délivrer d'antalgique opiacé. Les infirmières dans leurs prises de décisions suivent le principe de précaution de Hans Jonas. Ce principe invite les professionnels de santé à réfléchir sur les conséquences de l'utilisation de dérivés opiacés (Chaudry et al., 2008). Il est donc nécessaire de s'abstenir de faire ce qu'il serait techniquement possible de faire, au regard du risque pour les patients, car cela pourrait entraîner des graves conséquences pour la personne (Chaudry et al., 2008 ; Davis & Srivastava, 2003). En outre, la HAS recommande répondre au mieux aux besoins des patients en réduisant et réexaminant les risques encourus.

Nous pouvons donc confirmer qu'en effet, les participants donnent un poids différent aux 6 facteurs intra-sujets étudiés, ceci allant à la fois dans le sens du respect des principes éthiques de précaution, de justice et d'équité, ainsi que des normes édictées par les autorités tutélaires.

Nous avons également émis l'hypothèse que la position des répondants professionnels de santé aurait un impact spécifique sur le jugement d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur aiguë postopératoire. De même, nous avons fait l'hypothèse qu'en fonction de leurs différences, les participants professionnels de santé et le grand public, devraient être classifiés en autant de clusters que de positionnements différents face au soulagement de la douleur. Nous avons trouvé quatre positions qualitativement différentes. Un tiers des participants a estimé que refuser de donner une autre dose d'antalgique opiacé n'est pas acceptable, quelles que soient les circonstances. En outre, l'administration d'analgésiques doux lorsque le niveau de la douleur est faible a été considérée comme, au mieux, tolérable. La majorité des infirmières (57 %) a exprimé cette position. Ainsi, elles ont semblé donner priorité, dans leurs jugements, au principe bioéthique de l'autonomie et au principe de justice : en postopératoire quand les patients postopératoires demandent une autre dose d'anti-douleurs, leurs désirs doivent être satisfaits, indépendamment des autres circonstances. À savoir, même si la douleur n'a pas l'air forte, ou même s'ils sont âgés, et même si la dose supplémentaire était administrée trop tôt pour ne pas présenter de

risques. Des positions semblables à celles-ci ont été rapportées dans des études antérieures (Denny & Guido, 2012 ; Auret & Schug, 2005).

Un quart des participants (26%) étaient d'avis que le refus de donner une autre dose d'opiacés n'était acceptable que si le niveau de la douleur, évaluée par l'infirmière, était faible et si seulement 2 heures se sont écoulées depuis la dernière dose. La majorité des médecins (52%) ont exprimé cette position. Il semblerait qu'ils aient équitablement tenu compte, dans leurs jugements, des 4 principes de l'éthique biomédicale : les principes de l'autonomie (honorer la demande du patient), de la bienfaisance (soulager la douleur, surtout si la chirurgie du cancer n'a pas abouti), de la non-malveillance (en évitant le risque de surdosage), et de la justice (pas de discrimination contre les personnes âgées). Ainsi, il leur est plus tolérable de refuser l'administration d'opiacés lorsque le patient n'avait pas fait de demandes répétées, ou lorsque sa douleur était jugée faible, lorsque la chirurgie du cancer était un succès, ou lorsque la dose précédente avait été donnée il y a un bon moment. Une minorité de participants (18%) estime que le refus de donner une autre dose était à chaque fois acceptable lorsqu'il y avait apparemment un risque très important pour le patient avec des effets secondaires et/ou des complications liées à l'administration d'une dose supplémentaire trop rapprochée. Plusieurs psychologues (43%) expriment cette position.

La plupart semblaient appliquer le principe de non-malveillance. Ces 2 positions minoritaires expriment des préoccupations qui ont été discutées par de nombreux auteurs : comment réduire la tension entre les professionnels de la santé, le devoir d'assurer le bien-être subjectif des patients ainsi que la nécessité professionnelle de réduire l'administration de sédatifs (Nortvedt et al., 2005 ; Rejeh et al., 2009).

Un petit groupe de participants (11%) pense que le refus de donner une autre dose d'opiacés était largement acceptable. Très peu d'infirmières ou médecins ont adopté cette position. De nombreux participants (62%) exprimant ce point de vue ont également affirmé que la douleur n'était pas leur principale inquiétude journalière. Ces participants ont eu tendance à appliquer le principe de non-malveillance puisque le degré d'acceptabilité dépendait du niveau de risque apparent pour la santé du patient dû à une surdose. Une telle position, qui semble soit, exprimer un certain degré d'indifférence à la souffrance des patients soit, exprimer un respect de l'autorité (de même dans le cas des infirmières), a été rapportée dans plusieurs études antérieures (Denny & Guido, 2012 ; Manias et al., 2005 ; Resnik et al., 2001).

Enfin, un autre petit groupe de participants (12%) a été indécis. La plupart d'entre eux étaient des personnes issues du grand public ou des psychologues, ce qui

est compréhensible étant donné que la plupart d'entre eux ne seront jamais impliqués dans le traitement de la douleur dans leur vie quotidienne. D'un point de vue méthodologique, cette constatation est intéressante. Si un seul scénario ou un seul facteur avait été utilisé dans leur jugement, l'évaluation des participants de ce groupe aurait été prise comme reflet de l'expression d'un niveau moyen d'acceptabilité.

Permettre aux participants de réagir à de multiples scénarii structurés, nous a permis de distinguer l'absence d'opinion d'une approbation moyenne et de classer les participants correctement en fonction de leurs opinions.

Nous avons par ailleurs émis l'hypothèse que le jugement des participants devrait être différent selon l'effet des variables individuelles (l'âge, le sexe, la profession...) En réponse à cette dernière hypothèse, les résultats apparus nous ont montré que les variables individuelles étaient significatives. En effet, nous avons constaté que « le sexe », « le niveau éducatif », « la profession », « l'expérience de douleur dans le passé » et « le degré de préoccupation de la présence de douleur dans la vie quotidienne » avaient des effets significatifs sur le jugement d'acceptabilité. La différence majeure que nous retenons dans notre étude ne concerne pas la manière de juger des cinq groupes (infirmières, médecins, aides-soignantes, psychologues et grand public), mais la moyenne de leurs jugements. Chez les infirmières, toutes les réponses, quelle que soit la demande du patient sont décalées, principalement, en dessous de la moyenne, par rapport au grand public et aux psychologues, notamment quand le risque est élevé. En ce qui concerne les participants qui ont une expérience douloureuse antérieure, la différence majeure par rapport aux autres participants, concerne la manière dont ils ont émis leurs jugements.

En conclusion, nous pouvons nous avancer à dire que la décision prise par l'infirmière de refuser ou de soulager la douleur d'un patient qui en fait la demande, avec un antalgique morphinique ou avec un gramme de paracétamol dépend de la situation du patient (Read et al., 1984 ; Nencini et al., 2014 ; Belbachir et al., 2009 ; Dunwoody et al., 2008 ; Adriansen et al, 2005), au moment de l'évaluation de la douleur : degré de douleur évaluée, risque encouru, insistance du patient à être soulagé et complications de l'intervention chirurgicale. En effet, l'infirmière va, décider au cours de l'évaluation de la douleur, décider en fonction d'un ensemble de paramètres et non seulement selon le résultat révélé par la mesure effectuée. Pour éclairer ce point, pensons à un patient qui évalue sa douleur à 2 sur 10 mais dont l'attitude face à la douleur correspond à un degré beaucoup plus important (faciès froncé, posture corporelle de repli, présence de transpiration...). L'infirmière jugera en fonction de son évaluation

construite sur le moment et pas sur la mesure, la notation donnée par le patient. Cette position face à la douleur ne constitue qu'une opinion parmi d'autres comme nous avons constaté dans notre étude. Ainsi le cluster 2 est dépendant de la douleur et le 3 est dépendant du risque. Évaluer la douleur des patients, correspond, pour nous, à mesurer leur degré de souffrance avec des outils adaptés, des échelles qui conduisent à des appréciations les plus objectives possible afin d'adapter le traitement à la singularité de la personne soignée (Fletcher et al., 2008 ; Hjermsstad et al., 2011)

3.6. CONCLUSION

Si une majorité d'infirmières étaient d'avis que la volonté des patients au sujet du traitement de la douleur devait être satisfaite dans tous les cas, 37% d'entre eux ont estimé que, du moins dans certains cas, il est acceptable de ne pas appliquer strictement le principe d'autonomie. En outre, certaines infirmières (6%) étaient indécises : leur âge et leur préoccupation quotidienne pour la douleur ne peuvent expliquer cette constatation.

Nos résultats ont plusieurs implications sur la façon dont les infirmières traitent la douleur des patients. Tout d'abord, aucune infirmière n'a fait de différence entre les patients jeunes et âgés dans son évaluation d'acceptabilité. Toutes les infirmières ont appliqué le principe bioéthique de la justice dans leurs jugements. Si la discrimination en fonction de l'âge du patient se produit dans la pratique quotidienne, ses motifs doivent être associés à d'autres facteurs, tels que la perception de la fragilité ou le soupçon de démence.

Deuxièmement, la plupart des infirmières ont appliqué le principe de l'autonomie. Celles qui ne l'ont pas fait avaient des opinions raisonnables. Elles ont considéré que la douleur était supportable (un niveau de seulement 3/10) ou que l'état de santé du patient présentait un risque en cas d'excès d'opiacés (parce que la dose précédente avait été administrée seulement 2 heures avant). Dans toutes les situations où le patient avait une douleur modérée ou sévère (6 ou 9/10) et où le risque d'effets indésirables était limité (parce que la dernière dose, était il y a 4 ou 6 heures), l'acceptabilité de la non-délivrance d'opiacés était faible. Une majorité de médecins a tenu des appréciations semblables. Ainsi, la plupart des cliniciens responsables du traitement de la douleur étaient sensibles aux souhaits du patient.

Troisièmement, la plupart des conflits potentiels entre les infirmières et les médecins semblent être analysables dans ce qui différencie les 2 premiers groupes :

« Inacceptable » et « Principalement Dépendant de la Douleur ». En particulier, le risque de conflit est au plus élevé lorsque les patients demandent une autre dose d'opiacés, même s'ils ont reçu une dose seulement 2 heures avant et que leur niveau de douleur semble être faible (cf. *Figure 3-3*). Bien sûr, tous les médecins et infirmières ne seraient pas en désaccord étant donné qu'ils partagent souvent une position commune (cf. *Figure 3-8*). Mais les infirmières pourraient dans certains cas être exaspérées contre les médecins qui seraient réticents à traiter la douleur ou, dans d'autres cas, qui accepteraient la demande des patients en dépit d'une apparente augmentation du risque d'effets indésirables. En effet, si le personnel infirmier et les médecins de cet échantillon étaient jumelés au hasard, ils seraient en opposition, au moins certaines fois, dans 69% des cas. Il serait donc utile, dans des situations postopératoires (et autres), que les infirmières et les médecins se réunissent pour discuter de la façon de traiter la douleur au cas par cas, afin de parvenir à un consensus d'équipe.

Quatrièmement, les conflits potentiels entre les infirmières et le grand public, comme l'entourage des patients, semblent être plus divers. Le grand public a eu tendance à s'accorder, plus souvent que les infirmières, avec le choix de non-traitement décrit dans les scénarii. En conséquence, la famille et les accompagnants des patients ont plus tendance à s'inquiéter, en particulier, d'une délivrance excessive d'opiacés. Des antagonismes pourraient également être plus complexes. D'une part, les infirmières pourraient se retrouver dans la situation difficile d'avoir à expliquer à l'entourage des patients pourquoi les médecins sont réticents à donner des opiacés en dépit des demandes répétées de leur proche, et ce en dépit de leur propre conviction que la demande des patients devrait être honorée. D'autre part, elles pourraient avoir à expliquer aux accompagnants pourquoi les médecins prennent le risque d'ordonner des doses répétées d'opiacés en réponse à la demande des patients, alors même que les infirmières elles-mêmes pensent que les doses cumulées sont trop nombreuses. Par conséquent, il est non seulement important, comme mentionné ci-dessus, pour les médecins comme pour les infirmières, d'atteindre un consensus, mais il est également fondamental pour ces dernières de recevoir une formation sur la façon d'expliquer le traitement de la douleur en termes compréhensibles à la fois par les patients et leur entourage.

Nos résultats soulignent également la valeur potentielle de notre matériel pour la formation en soins infirmiers. En réponse à ces scénarii, ou à certains d'entre eux, les étudiants infirmiers pourraient parvenir à une meilleure compréhension de leurs propres positions personnelles concernant la gestion de la douleur ; de les comparer

avec celles de leurs collègues et des enseignants ; d'apprécier les éventuels conflits entre leurs convictions, les souhaits et les préoccupations des patients et de leur entourage ; et les prescriptions des médecins et, de trouver des façons constructives de traiter ces éventuelles divergences d'opinions.

Par rapport aux limites de notre travail, tout d'abord, puisque nous avons étudié un échantillon de commodité de professionnels de la santé et du grand public, nos résultats doivent être généralisés avec soin et doivent être répliqués tant en France que dans d'autres cultures. Deuxièmement, les visuels utilisés dans les scénarii n'avaient que 2 ou 3 modalités et non de nombreuses valeurs comme dans la pratique réelle. Cette simplification a été rendue indispensable par la nécessité de limiter le nombre de scénarii. Troisièmement, nous avons utilisé des scènes simulées, pas des vrais patients. Même si lire un scénario est très différent de voir les patients, les scénarii sont couramment utilisés dans l'étude des jugements et décisions des cliniciens et des patients, et leur utilisation a été validée (Ulrich & Ratcliffe, 2008). Dans notre cas, nous avons utilisé du vrai personnel infirmier, des repères visuels, des conversations typiques, et présenté des situations réalistes, plausibles dans les scénarii. Les participants ont eu peu de difficulté à émettre des jugements et un important pourcentage de personnes ont accepté d'y participer. C'est un signe fort de la validité des scénarii. De plus, dans notre étude, nous avons besoin d'utiliser des scénarii pour la raison suivante : nous avons examiné comment les repères visuels ont été pondérés, la façon dont ils ont été combinés, et comment les différentes catégories de professionnels de santé diffèrent en évaluation et combinaison. Une condition indispensable pour examiner ces processus d'évaluation et de combinaison, indépendamment d'autres processus, est que chaque participant reçoive la même information présentée de la même manière.

**4. DEUXIÈME ÉTUDE. LE
JUGEMENT D'ACCEPTABILITÉ
DE L'UTILISATION DE
L'HYPNOSE DANS LE
SOULAGEMENT DE LA
DOULEUR AIGUË INDUITE PAR
LES SOINS**

4.1. PROBLÉMATIQUE

Comprendre les conditions d'acceptabilité de la pratique d'hypnoalgésie chez les patients en situation de douleur aiguë induite par les soins postopératoires prodigués par l'infirmière est le but de notre deuxième étude. Nous nous proposons donc d'explorer les différentes positions personnelles des professionnels de santé (infirmières, médecins, psychologues et aides-soignantes) au sujet de la pratique de l'hypnose, pour les patients présentant une douleur aiguë induite par les soins. Les situations de soins douloureux en postopératoire incluses dans notre étude sont : la réalisation d'un pansement avec nettoyage de plaie, la réalisation d'une toilette corporelle complète (sans spécifier si la toilette se réalise au lit du patient ou au lavabo) et l'administration d'une chimiothérapie selon le protocole médical. De plus, comme dans la première étude, nous nous proposons d'étudier aussi les différentes positions personnelles du grand public. À noter que ces attitudes n'ont jamais été étudiées auparavant ni chez les professionnels de santé ni dans la population lambda.

Après une révision de la littérature, nous avons pu constater que dans la gestion de la douleur aiguë induite, il reste encore des mesures à mettre en place (Coutaux & Collin, 2008). La plupart des travaux coïncident à dire que l'hypnoalgésie est en lien direct avec la composante émotionnelle de la douleur (cf. *sous-chapitre 1.1*). Les émotions positives ou négatives chez les patients sont un bon prédicteur du succès de l'utilisation de l'hypnose (Rainville et al., 2005 ; Lynn & Kirsch, 2006). Il se peut qu'il y ait cependant des circonstances (situations de soins), où la gestion de la douleur aiguë induite par les soins réalisés aux patients s'avère être vraiment difficile (Berger et al., 2010 ; Rainville et al., 2005).

Nous avons aussi constaté que l'utilisation de l'hypnose souffre encore de préjugés, pouvant entraîner une incompréhension de la pratique (MIVILUDES, 2016 ; Melchior, 2010). De plus, à ce jour, il n'existe pas de législation concernant la prise en charge de la douleur par hypnose. Il existe encore des réticences de la part des professionnels de santé, notamment chez les médecins. En pratique, les soignants adoptent diverses positions personnelles face à l'utilisation de l'hypnose, pour le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, en fonction de leur culture (Johnson & Hauck, 1999). D'autres travaux ont trouvé des différences en fonction du sexe des patients, ainsi que selon l'expérience antérieure de la pratique de l'hypnose (Hawkin & Bartsch, 2000).

Dans la même ligne de recherche que l'étude menée par Igier, Mullet & Sorum (2006) il nous semble pertinent de nous intéresser au soulagement de la douleur par la technique de l'hypnose. Nous allons explorer les positions personnelles des professionnels infirmières, travaillant en France, au sujet de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur aiguë induite par les soins. Nous allons également, comparer les positions des infirmières et celles d'autres professionnels de santé : les médecins, les psychologues et les aides-soignantes. Dans notre étude, qui ouvre un champ de recherche novateur, jamais approché dans la littérature avec la méthodologie de N.H. Anderson (1981, 1996, 2008). Nous avons choisi de nous intéresser également au « grand public ». Nous allons comparer les positions des infirmières et celles du grand public. Les différences dans les positions peuvent avoir des répercussions dans les soins, du fait du conflit éthique issu de l'écart entre les besoins des patients et l'objectif thérapeutique des professionnels.

4.2. OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette recherche a pour objectif d'étude **le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs** (professionnels de santé ou non), **dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par les infirmières et tel qu'il est perçu par les professionnels de santé, infirmières, médecins, psychologues et aides-soignantes, ainsi que pour les citoyens lambda, « le grand public ».**

Notre recherche s'inscrit dans le domaine de la Psychologie Cognitive, appliquée à la Psychopathologie Clinique et à la Psychologie Clinique de la Santé. Son objectif premier, à visée praxéologique, est d'étudier les jugements que font les infirmières, les médecins, les psychologues, les aides-soignantes et le grand public à propos du soulagement de la douleur aiguë par l'utilisation de l'hypnose.

Nous nous proposons d'étudier les facteurs qui vont faire que la proposition faite par l'infirmière au sujet de l'utilisation de l'hypnose dans différentes situations de douleur aiguë induite par les soins, soit perçue comme « étant de « *pas du tout acceptable* » à « *tout à fait acceptable* ». Nous identifierons ainsi différentes positions sur **l'éthique de la gestion de la douleur aiguë liée au soulagement de la douleur par l'hypnoanalgésie**. Afin d'explorer ces positions sur le terrain, nous avons composé des scénarii en suivant les principes de la Théorie Fonctionnelle de l'Intégration de l'Information de Norman Anderson (Anderson, 1981, 1996, 2008)

Les 48 scénarii présentés aux participants et qui doivent être jugés sont le résultat de la combinaison de cinq facteurs situationnels initiaux :

- « **l'âge-identité du patient** » (Gay et al, 2008 ;) : « **enfant** (10 ans) », « **jeune adulte atteint d'une Trisomie 21** (21-Trisomie 21), « **adulte** (45 ans) » ou « **personne âgée** (82 ans) ». Ce facteur exprime le principe de justice (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).
- « **le degré de douleur évalué par l'infirmière** » sur une EVA, notée de 0 à 10 (Berges et al., 2010 ; Stoelb et al., 2009) : « degré de douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA **entre 6 et 9 sur 10** », « degré de douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA **entre 4 et 7 sur 10** » ou « degré de douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA **entre 2 et 5 sur 10** ». Ce facteur exprime le principe de bienfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).
- « **soin réalisé par l'infirmière** » (Jensen, 2011 ; Osdoit et al., 2014 ; Vanhau-denhuysse et al., 2008 ; Shakibaei et al., 2018) : « réalisation d'une **chimiothérapie** en suivant le protocole médical », « réalisation d'un **pansement avec nettoyage de plaie** » ou « réalisation d'une **toilette corporelle** complète ». Ce facteur exprime le principe de bienfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).
- « **la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière** » (Bailey, 2006 ; Gay, 2007 ; Lioffi et al., 2009 ; Rejeh et al., 2009) : « l'infirmière propose au patient de ne **pas prendre l'antalgique**, mais de bénéficier, **à la place**, d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin » ou « l'infirmière propose au patient de **prendre un paracétamol (antalgique de palier I)** et de bénéficier, **en plus**, d'une technique d'hypnose ». Ce facteur exprime le principe de non-maltraitance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).
- « **la formation reçue par l'hypnotiseur** » : « l'hypnotiseur est formé dans une **institution privée** spécialisée en hypnose, mais **pas reconnue par l'État** » ou « l'hypnotiseur est titulaire d'un **Diplôme Inter-Universitaire** en hypnose, **reconnu par l'État** ». Ce facteur exprime le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).

À partir de ces facteurs, nous avons fait le choix de coupler deux facteurs, « degré de douleur évalué par l'infirmière » et « soin postopératoire réalisé par l'infirmière », afin de réduire au maximum le nombre de vignettes de notre matériel. Ainsi, nous sommes passés de 136 possibilités à seulement 48. Le facteur résultant est donc :

- « **le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin** » : « degré de douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA **entre 6 et 9 sur 10**, lors de l'administration d'une **chimiothérapie** selon le protocole médical », « degré

de douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA **entre 4 et 7 sur 10**, lors de la réalisation d'un **pansement avec nettoyage de plaie** » ou « degré de douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA **entre 2 et 5 sur 10**, lors de la réalisation d'une **toilette corporelle** complète ». Ce facteur exprime le principe de bien-faisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*).

Nous avons conservé les facteurs « **Âge et Identité du patient** », « **stratégie de Traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière** » et « **Formation reçue par l'hypnotiseur** ». Une fois définis nos quatre facteurs, ils sont intégrés dans un plan expérimental orthogonal afin de proposer aux participants de l'étude toutes les combinaisons possibles de leurs différentes modalités. Le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnoanalgésie par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou non), dans le soulagement de la douleur aiguë postopératoire induite par les soins réalisés par les infirmières » devrait être déterminé par ces quatre facteurs et cela en fonction de l'ordre d'importance qui leur sera accordé par les participants.

D'après les travaux de N. H. Anderson (1981, 1996, 2008), les poids accordés par les participants à chacune des modalités des facteurs ainsi qu'aux différentes interactions devraient suivre les lois de l'algèbre cognitive. Compte tenu de la méthodologie et des facteurs déjà étudiés dans la littérature scientifique, nous pouvons proposer **les hypothèses de recherche** suivantes :

- les participants jugent du degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par les infirmières, en tenant compte des quatre facteurs précités ;
- les participants donnent des poids différents aux facteurs précités, pour juger du degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs ;
- les participants peuvent être regroupés en plusieurs clusters différents en fonction du poids qu'ils accordent à chacun des quatre facteurs présents dans l'étude. Il doit y avoir autant de clusters que de patrons de réponse. Nous attendons au moins trois groupes différents : les « totalement d'accord », les « totalement en désaccord » et les « dépendant de » ;
- les jugements des professionnels de santé diffèrent de ceux du grand public ;
- le jugement des participants diffère selon l'effet des variables individuelles (l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'expérience douloureuse antérieure...).

Concernant les infirmières :

- les infirmières donnent priorité au principe bioéthique de bienveillance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et permettent à un hypnotiseur de faire une technique d'hypnose en plus de l'administration d'un paracétamol (antalgique de palier I) aux patients dont le niveau de douleur paraît élevé en dépit de leur réticence à être hypnotisés (Rejeh et al., 2009) ;
- les infirmières donnent priorité au principe bioéthique de non-malveillance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et permettent à un hypnotiseur de faire une technique d'hypnose à la place de l'administration d'un antalgique pour soulager la douleur aiguë induite par les soins, compte tenu que la non-administration de l'antalgique pourrait entraîner des niveaux de tolérance à la douleur plus importants en entraînant des effets secondaires indésirables (Nortvedt, Kvarstein Jønland &, 2005) ;
- Les infirmières donnent priorité au principe bioéthique de non-malveillance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et permettent à un hypnotiseur qui a réalisé une formation en une institution privée, non reconnue par l'État de réaliser la technique d'hypnose à un patient qui le nécessite en dépit de leur réticence à être hypnotisé ;
- Les infirmières donnent priorité au principe bioéthique de justice (Beauchamp & Childress, 2001, 2013) (cf. *sous-chapitre 1.4*) et permettent à un hypnotiseur qui a réalisé une formation en une institution privée, non reconnue par l'État de réaliser une technique d'hypnose aux enfants, aux adultes, aux personnes âgées comme aux jeunes adultes atteints d'une Trisomie 21 (Denny & Guido, 2012 ; Gay, 2007), malgré le risque plus élevé quand l'hypnotiseur n'est pas titulaire d'un Diplôme reconnu par l'État).

Après avoir présenté nos hypothèses de recherche, nous allons maintenant développer la méthodologie utilisée dans cette deuxième étude.

4.3. MÉTHODE

4.3.1. Participants

Les participants de l'étude sont des volontaires non rémunérés et recrutés individuellement qui ont accepté de participer. Parmi les 400 personnes contactées, 205 personnes (51,25%) ont accepté de participer, dont seulement 4 personnes (1,95%) issues du grand public qui ont décidé de ne pas répondre, ne se sentant pas légitimes pour juger de ce que propose ou non l'infirmière au sujet de l'hypnose. En effet, ne

connaissant rien à l'hypnose, ils ne se sentaient pas légitimes pour juger de la pertinence de son utilisation. Nous n'avons pas rencontré d'autres problématiques. L'échantillon final, issu de la population générale, était donc constitué de 201 participants (50,25% des participants contactés), 65 hommes, âgés de 18 à 71 ans (âge moyen 43 ans, écart type 12,02) et 136 femmes, âgées de 18 à 78 ans (âge moyen 43 ans, écart type 15,09).

Tous les participants devaient « avoir 18 ans ou plus » au moment de la passation, et « avoir une bonne compréhension de la langue française », afin de pouvoir comprendre les consignes données et l'ensemble des éléments décrits dans les scénarii. De plus, tous les participants devaient donner leur accord verbal éclairé avant participation à l'étude. À ce sujet, nous avons respecté la demande des participants qui souhaitaient un accord par écrit (cf. *Annexe 13*).

Les participants ont été interrogés dans le Sud-Ouest de la France, dans la région Occitanie, dans les villes de Toulouse et ses agglomérations et dans les Pyrénées Centrales, Pamiers et ses alentours. Notre objectif était d'avoir un échantillon représentatif de la population française, composé de participants issus tant de zones périurbaines que rurales.

Nous avons aussi tenu compte de variables indépendantes autres que le sexe et l'âge, à savoir, le niveau d'études, l'ancienneté dans l'unité de soins actuelle, le lieu (unité de soins) de travail, le vécu et la préoccupation pour la douleur, la formation en Hypnose, l'intérêt pour les médecines alternatives dont l'hypnose, l'expérience antérieure d'une séance d'hypnose et l'expérience en tant qu'hypnothérapeute. Afin d'avoir un aperçu descriptif de notre échantillon, nous pouvons voir les détails des données dans l'*Annexe 15*.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant participé à l'étude, nous retrouvons un groupe majoritaire, le groupe du « grand public », constitué de 77 participants (38,30%), 31 hommes et 46 femmes, dont la moyenne d'âge pour les deux sexes est de 45 ans, avec un écart type respectivement de 16,91 et 15,34. Ce groupe se caractérise par 17 hommes et 24 femmes ayant un niveau de formation de secondaire et 14 hommes et 20 femmes ayant un niveau de formation supérieure, 2 femmes n'ont pas renseigné leur niveau d'études. 9 personnes sont déjà à la retraite.

Ils ont été approchés sur les bibliothèques (dans le cas des étudiants), sur leur lieu de travail, de loisir, dans la salle d'attente des consultations de leur médecin traitant et des consultations douleur, pendant qu'ils accompagnaient leurs familles dans

les établissements de santé, ou encore ils ont été approchés pendant qu'ils marchaient dans les rues de Toulouse ou Pamiers et ses alentours.

En ce qui concerne le groupe de professionnels, un rendez-vous sur le lieu de travail a été pris par téléphone. Les unités de soins où nous sommes allés les rencontrer sont : la rééducation, la chirurgie, la médecine, les EHPAD, les cabinets libéraux, les SSR et les IFSI.

Nous retrouvons, un groupe majoritaire de 91 infirmiers (45,27%) dont 26 hommes, 12,93% (âge moyen 39 ans ; écart type 12,50) et 65 femmes 32,33% (âge moyen 44 ans ; écart type 10,12). Ils ont une expérience professionnelle de 9 ans en moyenne. La plupart travaillent dans un établissement public (62 professionnels).

Dans ce groupe nous avons inclus les infirmières et les Cadres de Santé. En effet, étant donné que l'analyse réalisée n'a pas montré de différences dans la façon d'émettre des jugements, mais dans les moyennes, celles-ci étant légèrement plus basses pour les cadres de santé, nous avons décidé de les regrouper. Nous nous avançons à émettre l'hypothèse que cela peut-être en lien au fait que le CDS est garant de l'application et du respect des règles professionnelles, déontologiques et institutionnelles, ainsi que de la gestion des risques (encourus par les patients et par les professionnels eux-mêmes). Alors que l'infirmière est au plus près des besoins des patients (McCaffery & Gerrell, 1997). C'est une population en possession d'un Diplôme d'État d'Infirmier, niveau Bac plus 3. Seulement 1 IDE (0,49%) a une formation en Sophrologie et 64 n'ont pas signalé de diplômes en lien avec les médecines alternatives. 14 participants ont vécu au moins une séance d'hypnose et 7 participants sont hypnothérapeutes, 2 hommes (âge moyen 45 ans ; écart type 9,19) et 5 femmes (âge moyen 50 ans ; écart type 7,88). Avec une ancienneté en tant qu'hypnotiseur respectivement de 10 ans pour les hommes et 6 ans pour les femmes. Un hypnothérapeute a noté qu'il a eu une formation en hypnose de seulement 5 jours et qu'il y a 9 ans qu'il pratique. Les hypnothérapeutes exercent majoritairement en contexte hospitalier auprès d'adultes, seulement 3 personnes ont ouvert un cabinet privé. Les situations de soins dans lesquelles ils utilisent l'hypnose sont très variées, mais principalement dans le soulagement des gestes douloureux même si l'hypnose reste encore à développer dans les douleurs induites par les soins (cf. *Annexe 15*).

Le groupe des médecins, 9 participants, dont 5 hommes avec une moyenne d'âge de 58 ans et un écart type de 8,38 et 4 femmes avec une moyenne d'âge de 47 ans et un écart type de 7,93 comprend 5 (55,55%), médecins généralistes et tous ont une

formation supérieure de Bac plus 5 et plus. Aucun médecin n'a reçu de séance d'hypnose.

Les aides-soignantes forment un autre groupe : 19 personnes ont participé à l'étude, 15 femmes (âge moyen 41 ans ; écart type 8,82) et 4 hommes (âge moyen 34 ans ; écart type 11,02). Ils sont en possession d'un diplôme inférieur au baccalauréat et ont une expérience professionnelle de 6 ans en moyenne. Seulement 4 personnes ont déjà vécu une séance d'hypnose.

Le groupe minoritaire concerne les psychologues, seulement 5 personnes ont accepté de participer, uniquement des femmes avec une moyenne d'âge de 34 ans et un écart type de 5,85. Elles ont une formation de Bac plus 5 et une expérience professionnelle de 8 ans en moyenne. Seulement 2 psychologues ont reçu une séance d'hypnose.

Nous avons également exploré la variable indépendante relative à l'intérêt que les participants portent à l'hypnose. Ainsi, 67 participants disent être intéressés, dont 24 hommes (11 issus du grand public, 9 infirmiers, 2 aides-soignantes et 2 médecins) et 43 femmes (9 issus du grand public, 25 infirmières, 6 aides-soignantes, 1 médecin et 2 psychologues).

150 participants (76,62%) ont déjà subi une intervention chirurgicale dont 22 participants (14,66% ; 10,94% du total de participants) ont bénéficié d'une séance d'hypnose lors de l'hospitalisation. Pour 7 participants, la séance n'a pas été bénéfique, dont 2 la décrivent comme déstabilisante. Les 15 autres participants la décrivent comme une séance qui les a aidés à se sentir bien tout en restant maître de leur corps, à se détendre et à soulager la douleur (pour seulement 1 participant). Elle leur a aussi permis de se relaxer après l'intervention chirurgicale, mais sans effets à long terme. À noter que pour la majorité des participants, il faut avoir confiance dans le praticien qui réalise la technique d'hypnose.

Nous avons aussi exploré les variables indépendantes relatives à la perception de l'état de santé au moment de la passation. 92 personnes disent se sentir en très bonne santé et 88 en bonne santé. Seulement 8 personnes disent ne pas être en bonne santé et 13 personnes ne savent pas se positionner. De même, nous avons exploré le degré de préoccupation qu'ils accordent à la douleur. Par ordre décroissant, 53 participants ont répondu être très préoccupés par la douleur, 55 préoccupés, 50 pas préoccupés et enfin, 43 ni plus ni moins.

4.3.2. Matériel

Le matériel utilisé qui a permis la réalisation de cette étude se compose :

- d'un carnet de 48 scénarii (cf. *Annexe 11*) réalisés suivant les recommandations de Norman Anderson pour ce genre d'étude (Anderson, 1996, 2008 ; Rejeh et al., 2009) ;
- d'un questionnaire de renseignements, composé de cinq parties (cf. *Annexe 12*), soit les caractéristiques sociodémographiques des participants, leur état de santé au moment de la passation, l'expérience douloureuse, la description de leur expérience lors des séances d'hypnose, et enfin la dernière partie, réservée aux hypnothérapeutes.
- d'une fiche de consentement éclairé de participation (cf. *Annexe 13*).

4.3.2.1. Les scénarii

Les 48 scénarii (cf. *Annexe 11*), regroupés dans un carnet, ont été formalisés selon le Plan expérimental qui découle de la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de Norman Anderson (1981, 1996, 2008). Ils décrivent des situations fictives, inspirées tant de la littérature que de notre expérience personnelle. Un scénario de base a été décrit par une infirmière compétente en hypnose, puis montré à trois autres infirmières qui ont proposé des modifications mineures. Ce scénario de base décrivait la situation d'une patiente qui se remet d'une chirurgie du cancer et devait subir un soin infirmier postopératoire douloureux.

Il était structuré en fonction de plusieurs informations qui correspondent aux modalités des quatre facteurs intra-sujets énoncés précédemment (cf. *Tableau 4-1*) : « l'âge et l'identité du patient », « le degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin », « la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » et « la formation reçue par l'hypnotiseur ». Ce dernier facteur présente deux modalités : formation réalisée en Institution privée spécialisée en hypnose, non reconnue par l'État ou titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en hypnose, reconnu par l'État). Il y a également 2 modalités pour le facteur « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose mise en place par l'infirmière » a deux modalités (« technique de l'hypnose à la place de l'antalgique » ou « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I -paracétamol-). Le facteur « âge et identité du patient » avec 4 modalités (45 ans, 10 ans, 82 ans ou 21 ans-porteur de Trisomie 21). Et le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin », qui

présente 3 modalités (« douleur évaluée entre 6 et 9 sur 10 (Chimiothérapie) », « entre 4 et 7 sur 10 (Pansement avec nettoyage de plaie) » ou « entre 2 et 5 sur 10 (Toilette corporelle) »). Résultant (FHAD = $2*2*4*3$). Les 48 scénarii ($2*2*4*3 = 48$) sont présentés à l'Annexe 11.

Les 48 possibilités différentes de scénarii ont été formalisées en croisant les deux modalités du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur », les deux modalités du facteur « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière », quatre modalités du facteur « âge-identité du patient » et enfin, trois modalités du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin ».

Afin de permettre aux participants d'émettre un jugement, les scénarii ont été complétés d'une question et d'une échelle de réponse. La question était :

« Dans quelle mesure pensez-vous que la proposition de l'infirmière soit acceptable ? »

L'échelle de réponse, type Likert de 11 degrés (de 0 à 10), avec un ancrage à gauche de « pas du tout acceptable » (degré 0) et un ancrage à droite de « tout à fait acceptable » (degré 10). (Anderson, 2008, 2013).

Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

Pour la passation, les scénarii ont été organisés aléatoirement, dans un ordre différent pour chaque participant. Quelques exemples de scénarii (cf. Figures 4-1 et 4-2):

Madame Durand a 45 ans. Elle a été opérée d'un cancer.
Elle doit subir des soins postopératoires (chimiothérapie) qui ont des effets très douloureux (degré de douleur entre 6 et 9).
L'infirmière propose à Madame Durand de ne pas prendre de médication antidouleur, mais de bénéficier, à la place, de la technique d'hypnose durant la réalisation du soin.
Le traitement serait assuré par un hypnotiseur formé dans une institution privée spécialisée en hypnose, non reconnue par l'État.

Dans quelle mesure pensez-vous que la proposition de l'infirmière soit acceptable ?
Pas du tout 0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0-----0 Tout à fait

Figure 4-1. Descriptif de scénario de la deuxième étude

Gabrielle Barbe a 21 ans. Elle souffre de Trisomie 21. Elle a été opérée d'un cancer. Elle doit subir des soins postopératoires (toilette corporelle) qui entraînent des douleurs à la mobilisation (degré de douleur entre 2 et 5).
L'infirmière propose aux parents de Gabrielle que celle-ci prenne une médication antidouleur légère et qu'elle bénéficie, en plus, de la technique d'hypnose durant la réalisation du soin.
Le traitement serait assuré par un hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'hypnose (Université Paul-Sabatier).

Dans quelle mesure pensez-vous que la proposition de l'infirmière soit acceptable ?

Pas du tout o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o **Tout à fait**

Figure 4-2. Descriptif de scénario de la deuxième étude

4.3.2.2. Le plan expérimental

La Théorie de Norman Anderson (1981, 1996, 2008) nous permet de créer un plan expérimental croisant de manière orthogonale les différents facteurs « intra-sujets » et « inter-sujets » concernant la présente étude. Pour ce qui concerne les 48 scénarii de base, il peut être présenté comme suit :

« F2*H2*AI4*D3 »
(2*2*4*3 = 48 scénarii)

« A4*S2*Pr5*NE2*DIUH2*TUS4*AUS4*ES5*Ich2*
PD5*IH2*SHV2*Ht2 »

Les facteurs intra-sujets du plan « **F2*H2*AI4*D3** » représentent : « la Formation reçue par l'hypnotiseur » * « la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » * « l'âge-identité du patient » * « le degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin ».

« A4*S2*Pr5*NE2*DIUH2*TUS4*AUS4*ES5*Ich2*PD5*IH2*SHV2*Ht2 » représente les facteurs inter-sujets : « Age-Identité du participant » * « Sexe du participant » * « Profession » * « Niveau d'Études » * « Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose » * « Type d'unité de soins » * « Ancienneté dans l'Unité de Soins » * « État

de Santé » * « Intervention Chirurgicale » * « Préoccupation pour la Douleur » * « Intérêt pour l'Hypnose » * « Séance d'Hypnose Vécue » * « Hypnothérapeute »

La synthèse de tous les effets (cf. *Annexe 14*) témoigne de l'impact des facteurs intra-sujets sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou non), dans la gestion de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par les infirmières. Les participants ont pris en compte quatre facteurs pour juger de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur aiguë induite par les soins.

4.3.2.2.1. Les facteurs intra-sujets

Les facteurs intra-sujets du plan « **F2*H2*AI4*DD3** » pour les 48 scénarii, représentent les variables indépendantes (VI) qui ont été manipulées lors de la construction des scénarii (VI_{intra}). Ce sont donc les caractéristiques des différents scénarii pour lesquelles les participants émettent un jugement. Le *Tableau 4-1* regroupe « les modalités des principaux facteurs intra-sujets » de cette deuxième étude, portant sur « le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou non), dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par les infirmières ».

Les modalités des quatre principaux facteurs intra-sujets sont :

Tableau 4-1. Descriptif des quatre facteurs intra-sujets (VI_{intra})

Facteurs intra-sujets (VI _{intra})	Modalités
AI : « Age-Identité du patient ».	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient est un adulte de 45 ans. 2. Le patient est un enfant de 10 ans. 3. Le patient est un jeune adulte de 21 ans porteur de Trisomie 21. 4. Le patient est une personne âgée de 82 ans.

<p>DD : « Degré de Douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin » sur une EVA, notée de 0 à 10.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA est entre 6 et 9 sur 10, lors de l'administration d'une chimiothérapie. 2. La douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA est entre 4 et 7 sur 10, lors de la réalisation d'un pansement avec nettoyage de plaie. 3. La douleur évaluée par l'infirmière sur une EVA est entre 2 et 5 sur 10, lors de la réalisation d'une toilette corporelle.
<p>H : « La stratégie de traitement par Hypnose proposée par l'infirmière »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'infirmière propose à la patiente de ne pas prendre d'antalgique, mais de bénéficier, à la place, d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin. 2. L'infirmière propose à la patiente de prendre un paracétamol (antalgique de palier I) et de bénéficier, en plus, d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin.
<p>F : « La Formation reçue par l'hypnotiseur »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'hypnotiseur est formé dans une institution spécialisée en hypnose, mais non reconnue par l'État. 2. L'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en hypnose, reconnu par l'État.

4.3.2.2.2. Facteurs inter-sujets

« A4*S2*Pr5*NE2*DIUH2*TUS4*AUS4*ES5*Ich2*PD5*Ih2*SHV2*Ht2 »

représente les variables indépendantes (VI) qui ont été contrôlées pour de la création d'un questionnaire de renseignements décrivant les participants (VInter). Ce sont donc les caractéristiques sociodémographiques des différents groupes de participants qui émettent un jugement, leurs caractéristiques concernant l'état de santé au moment de la passation et l'expérience douloureuse vécue et l'importance qu'ils accordent à la douleur. Les *Tableaux 4-2, 4-3, 4-4 et 4-5* regroupent les différentes modalités des facteurs-inter-sujets de l'étude portant sur « le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou non), dans la douleur aiguë postopératoire induite par les soins réalisés par les infirmières ».

Tableau 4-2. Descriptif des facteurs sociodémographiques inter-sujets (Vinter)

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteurs sociodémographiques	
À : Âge du participant	Entre 18 et 81 ans 1. De 18 à 30 ans. 2. De 31 à 40 ans. 3. De 41 à 55 ans. 4. De 56 et plus.
S : Sexe du participant	1. Homme 2. Femme
Pr : Profession du participant	1. Grand Public 2. Infirmières 3. Aides-Soignantes 4. Psychologues 5. Médecins
NE : Niveau d'Études du participant	1. Diplôme dans l'enseignement secondaire. 2. Diplôme dans l'enseignement supérieur.
DIUH : Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose	1. Oui 2. Non
TUS : Type d'Unité de soins	1. Long séjour (Libéral, EHPAD, SSR, médecine) 2. Court séjour (Chirurgie, Réanimation, Soins Continus, Bloc opératoire) 3. Psychiatrie 4. IFSI
AUS : Ancienneté dans l'Unité de soins	1. Moins d'un an 2. Entre 1 et 3 ans 3. Entre 4 et 10 ans 4. Plus de 10 ans

Tableau 4-3. Descriptif du facteur intra-sujet « état de santé au moment de la passation »

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteur de l'état de santé au moment de la passation	
ES : État de Santé au moment de la passation	1. Tout à fait faux 2. Plutôt faux 3. Ni vrai, ni faux 4. Plutôt vrai 5. Tout à fait vrai

Tableau 4-4. Descriptif des facteurs intra-sujets concernant l'expérience douloureuse vécue

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteurs concernant l'expérience douloureuse	
Ich : Expérience douloureuse antérieure associée à une Intervention Chirurgicale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
PD : Préoccupation par la Douleur dans la vie quotidienne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tout à fait faux 2. Plutôt faux 3. Ni vrai, ni faux 4. Plutôt vrai 5. Tout à fait vrai

Tableau 4-5. Facteurs intra-sujets concernant l'expérience avec l'hypnose

Facteurs inter-sujets (VIinter)	Modalités
Facteurs concernant l'expérience avec l'hypnose	
IH : Intérêt par les l'Hypnose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
SHV : Séances d'Hypnoses déjà Vécues	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non
Ht : Hypnothérapeute	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non

Le questionnaire portant sur les variables individuelles (facteurs inter-sujets) (*Annexe 12*) a été rempli par les participants après le carnet des scénarii.

4.3.2.3. Procédure

La passation des deux parties du protocole s'effectue de manière individuelle (sauf pour les personnes âgées qui souhaitent être aidées) et cela même si plusieurs participants (maximum 5) sont réunis dans une salle. De façon à que les participants puissent se rendre disponibles, nous avons décidé de faire faire la passation dans une salle libre de l'Université Jean Jaurès à Toulouse, dans une salle libre en institut de formation et dans un lieu où le participant, notamment les professionnels soignants, peuvent être dégagés d'autres tâches (auprès des patients et de l'équipe soignante), comme le bureau du cadre de santé, celui du médecin, une chambre vide, un bureau de consultation ou une salle de réunion disponible.

La durée de la passation a varié entre 15 et 35 minutes en fonction de l'âge des participants, tous ayant donné leur accord éclairé, soit verbal soit écrit (cf. *Annexe 13*). Nous avons pris soin de respecter l'anonymat et la confidentialité. De même, nous nous sommes rendus bienveillants. Autrement dit, nous n'avons pas formulé de jugements ; de critiques ou de désapprobations à l'égard des participants.

Pour les participants ayant eu besoin de s'exprimer au sujet de l'expérience avec l'hypnose, notamment en établissements hospitaliers et en consultation chez le médecin traitant, nous avons adopté une attitude d'écoute et d'empathie.

La procédure de passation s'effectue en deux phases : la phase de familiarisation et la phase expérimentale. **Avant de commencer ces deux phases**, nous avons donné les **consignes** suivantes aux participants :

« Je vous présente un carnet constitué de différentes situations fictives relatives à la proposition de l'infirmière face à l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs dans la douleur aiguë postopératoire induite par les soins réalisés par les infirmières.

Votre tâche consiste à lire attentivement chacune des situations proposées et répondre à la question de la manière la plus spontanée possible sur l'échelle de jugement qui suit chaque situation.

*C'est une échelle graduée de 0 (pas du tout acceptable) à 10 (tout à fait acceptable)
et
vous devez cocher une unique case au plus juste pour vous.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses »*

Une fois les consignes générales données, nous avons commencé **la phase de familiarisation** dont l'objectif est de permettre aux participants de prendre connaissance du matériel présenté ainsi que s'habituer à l'échelle d'acceptation (Anderson, 2008). Lors de cette phase, les participants peuvent poser des questions s'ils le souhaitent à l'expérimentateur. De plus, il est possible de revenir sur leurs propos, s'ils estiment qu'ils se sont trompés et donc ils peuvent mieux réfléchir à leurs réponses avant d'émettre leur jugement. Cette première phase dure entre 5 et 10 minutes. Pour

chaque participant 12 scénarii pris au hasard dans l'ensemble ont été présentés, soit un quart du total de nos 48 scénarii.

Une fois terminée cette première phase, l'expérimentateur récupère le carnet puis il rappelle les consignes en précisant aux participants :

*« Vous ne pouvez plus poser des questions
et il n'est plus possible de revenir en arrière afin de corriger des réponses »*

« Vous pouvez commencer quand vous voulez »

Cette deuxième étape est **la phase d'expérimentation**. Elle dure entre 15 et 35 minutes, en fonction de la personne qui participe. Chaque participant évalue les 48 scénarii, présentés dans un ordre aléatoire, travaillant à son propre rythme. Les participants doivent se positionner sur l'échelle d'acceptation en fonction de leur jugement sur le comportement de l'infirmière en lien avec le soulagement de la douleur aiguë induite par l'utilisation de l'hypnoalgésie. Nous tiendrons compte de chacune de leurs réponses lors du traitement statistique.

Après cette deuxième phase, l'expérimentateur récupère l'ensemble des scénarii puis présente le questionnaire complémentaire. Nous prenons bien soin toujours de respecter l'anonymat du participant à tout moment.

À la fin de la passation, nous remercions le participant de sa collaboration et nous lui proposons nos coordonnées (numéro de téléphone personnel et adresse e-mail), afin qu'il puisse à tout moment se retirer de l'étude ou demander des renseignements. À noter qu'aucun participant n'a demandé de restitution des données qui le concernaient.

Seulement 4 participants, issus du grand public, ont changé d'avis et ont décidé de ne pas suivre le protocole. Ils ont verbalisé qu'ils ne se sentent pas légitimes pour juger la proposition de l'infirmière. De plus, ils disent ne rien connaître à l'hypnose. Nous n'avons pas été confrontés à d'autres problématiques.

Pendant la passation, 27 participants (13,93%) ont exprimé par écrit leur vécu au sujet de l'expérience avec l'hypnose douloureuse. Une seule personne ayant vécu une séance d'hypnose ne s'est pas exprimée. Presque à l'unanimité, les participants ont considéré la douleur comme un thème de haute importance, ce qui, d'après nous, peut justifier un pourcentage de refus de participation à l'étude très bas (22,72%).

Une fois les carnets récupérés, les réponses des participants ont été converties en valeurs numériques, et cela pour tous les scénarii de chaque carnet recueilli. Puis, pour l'ensemble de 48 scénarii, formalisés suivant la Théorie de Norman Anderson (Anderson, 2008), chaque réponse donnée par le participant sur l'échelle d'acceptabilité (pouvant aller de « 0 » à « 10 ») a été retranscrite telle quelle dans une matrice de données brutes à l'aide d'un logiciel Excel. Ce même traitement a été appliqué pour toutes les informations recueillies sur le questionnaire de renseignements, sur les caractéristiques personnelles, le vécu d'une expérience douloureuse antérieure et l'importance accordée à la douleur. Chaque réponse a été associée à une valeur numérique, avant d'être reportée dans la matrice des données brutes. Par exemple, la variable indépendante « sexe » a été codée par : homme = 1, femme = 2. L'ensemble des valeurs numériques issues des 201 protocoles ont été traitées et analysées.

4.4. RÉSULTATS

Comme nous avons indiqué précédemment, les données recueillies sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnoanalgésie par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou non), dans le soulagement de la douleur aiguë postopératoire induite par les soins réalisés par les infirmières et telle qu'elle est perçue par les professionnels de santé, infirmières, médecins, psychologues et aides-soignantes, ainsi que par le grand public, ont été transformées en valeurs numériques et retranscrites sur la matrice de données brutes. Ensuite, ces données ont été traitées à l'aide du logiciel STATISTICA et, afin de répondre à l'ensemble de nos objectifs de départ, nous avons réalisé différentes analyses. Dans un premier temps, nous avons réalisé une **analyse de variance (ANOVA)** qui nous a permis d'identifier plusieurs patterns correspondant à la variable dépendante « acceptabilité ». Ensuite, nous avons réalisé une **analyse en classifications** (Scheibler & Schneider, 1985 ; Hofmans & Muller, 2013). Cette analyse inclut un ensemble de techniques statistiques utilisées pour regrouper les participants de l'étude en un nombre réduit de positions différentes sur l'éthique de la gestion de la douleur aiguë. Cette analyse nous permettra de produire autant de groupes qu'il y a de participants en utilisant toutes les données. (Hofmans & Muller, 2013). Chaque participant de l'étude peut alors représenter un sous-groupe classe. Ces derniers seront ensuite regroupés afin d'obtenir des groupes homogènes en fonction de leurs similarités et leurs dissemblances, et cela jusqu'à ce que chaque participant fasse partie d'un groupe. Une analyse typologique a donc été réalisée sur

les données brutes (Hofmans & Muller, 2013) afin de voir si des groupes de participants adoptent le même style de réponses. Huit clusters ont ainsi été identifiés.

Dans un troisième temps, une **analyse de variance (ANOVA)** a été réalisée pour comparer les huit clusters identifiés, afin de déterminer le poids accordé par les participants à chacun des facteurs liés à l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins postopératoires par l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs, ainsi que les effets combinés de ces différents facteurs. Pour toutes ces analyses nous avons utilisé un seuil de signification à $p = ,05$.

Cette approche nous a apporté une vision plutôt qualitative des participants et donc de leurs divers modes de jugement, en fonction des différents facteurs de notre plan expérimental (cf. *Annexe 11*), ainsi que de leurs effets combinés.

Nous avons évalué l'importance d'un ou de plusieurs facteurs de notre plan expérimental en comparant, d'une part, les variances entre les moyennes des clusters identifiés et d'autre part, les variances entre les moyennes à l'intérieur de chaque cluster pour les différents niveaux de facteurs de notre plan expérimental (intra-sujets), afin de déterminer si les clusters font tous partie d'un groupe plus large ou de groupes bien distincts ayant des caractéristiques propres. Nous avons ainsi vérifié l'hypothèse nulle selon laquelle les moyennes des différents niveaux de facteurs des cinq clusters sont égales et l'hypothèse alternative, selon laquelle au moins l'une d'elles diffère.

Nous présenterons ensuite les résultats obtenus de l'analyse de variance et de l'analyse de classification. Mais avant cela, pour éviter la répétition de l'expression « jugement d'acceptabilité de l'utilisation d'une technique d'hypnose par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou non), dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par les infirmières », nous la remplacerons par l'expression « **jugement d'acceptabilité de l'utilisation d'une technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins** ». Nous ferons de même pour toutes les moyennes relatives à l'acceptabilité s'échelonnant sur une échelle de réponse de 0 à 10 points, 10 étant le niveau d'acceptabilité le plus élevé. Ainsi, cette valeur d'échelle ne sera plus rappelée par la suite.

4.4.1. Résultats de l'analyse de variance pour les 48 scenarii

Nous avons réalisé une analyse de variance sur les facteurs intra-sujets, en suivant le plan « **F2*H2*AI4*DD3** » : « la Formation reçue par l'hypnotiseur » * « la straté-

gie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « l'Âge-Identité du patient » * « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». La synthèse de tous les effets (cf. *Annexe 14*) témoigne de l'impact des facteurs intra-sujets sur le degré d'acceptabilité des participants. Ils ont pris en compte les quatre facteurs principaux de l'étude pour juger de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Nous allons donc maintenant observer si l'effet de ces facteurs est significatif.

Nous présenterons, dans un premier temps, les effets principaux des facteurs intra-sujets et dans un deuxième temps, les effets combinés de ces facteurs.

4.4.1.1. Effets principaux des facteurs intra-sujets

Le degré d'acceptabilité moyen relatif aux facteurs intra-sujets « la formation reçue par l'hypnotiseur » * « la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » * « l'âge-identité du patient » * « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin », peuvent être retrouvés en *Annexe 14*. Le degré d'acceptabilité moyen pour tous les facteurs et leurs modalités est $M=5,174$.

4.4.1.1.1. Facteur « âge-identité du patient »

L'effet du facteur intra-sujets « âge-identité du patient » est significatif avec $F(3,591)=19,46$; $p=,0000$. Les moyennes sont respectivement $M=5,46$, $M=5,12$, $M=5,33$ et $M=4,85$ (cf. *Figure 4.3*).

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous constatons que le degré d'acceptabilité est supérieur quand le patient est un adulte de 45 ans, il diminue de ,61 point quand il s'agit d'un jeune adulte atteint d'une Trisomie 21. En conclusion, les participants acceptent plus l'utilisation de l'hypnose chez les adultes que chez les enfants. Le degré d'acceptabilité diminue en dessous de la moyenne quand il s'agit d'un jeune atteint d'une Trisomie 21.

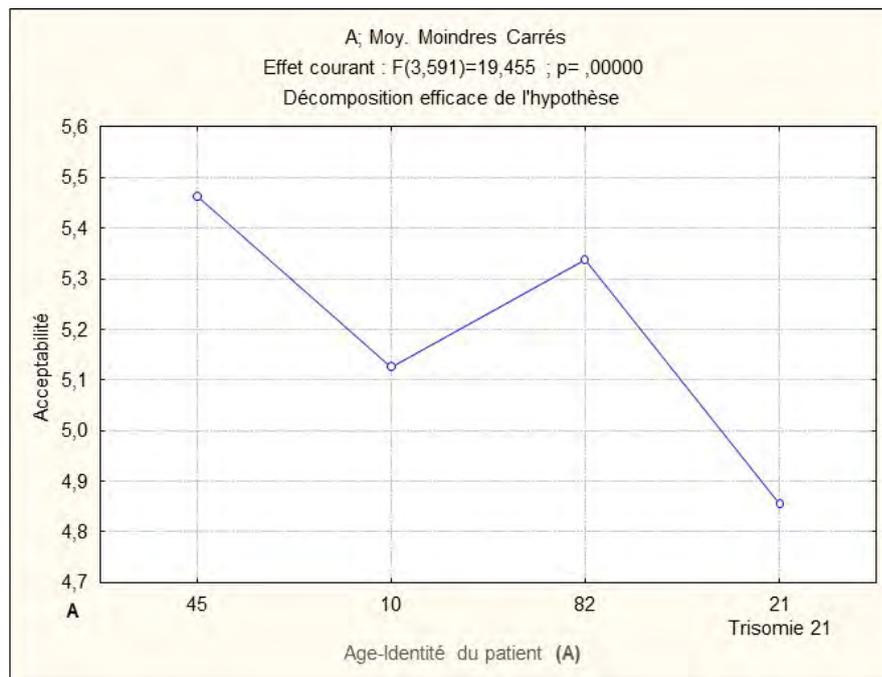


Figure 4-3. Effet principal du facteur intra-sujets « âge-identité du patient »

4.4.1.1.2. Facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

Les résultats montrent que le facteur intra-sujets « degré de douleur, évalué par l'infirmière, traduit à un soin » a un effet significatif avec $F(2,394)=29,20$; $p= ,0000$. Nous constatons que le degré d'acceptabilité moyen varie de seulement ,30 point quand le degré de douleur, évalué par l'infirmière sur une échelle visuelle analogique (EVA) entre 2 et 5 sur 10, traduit à une toilette corporelle ($M=4,88$) passe à un degré entre 6 et 9 sur 10, traduit par l'administration d'une chimiothérapie ($M=5,58$). Les moyennes restent alors autour de la moyenne générale. (cf. *Figure 4.4*).

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin : « entre 2 et 5 sur 10, traduit à une toilette corporelle », « entre 4 et 7 sur 10, traduit à un pansement avec nettoyage de plaie », et « entre 6 et 9 sur 10, traduit à l'administration d'une chimiothérapie ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous pouvons en déduire que plus la douleur est importante plus acceptable est pour les participants à l'étude de soulager la douleur des patients par hypnose et vice-versa, plus la douleur est basse moins acceptable apparaît l'utilisation de cette pratique. En effet, si le patient ne souffre pas beaucoup, lors d'une toilette corporelle, les par-

participants acceptent moins que l'infirmière propose l'utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur aiguë induite par la mobilisation lors du soin d'hygiène et de confort. Alors que pour les soins potentiellement très douloureux le degré d'acceptabilité est plus élevé.

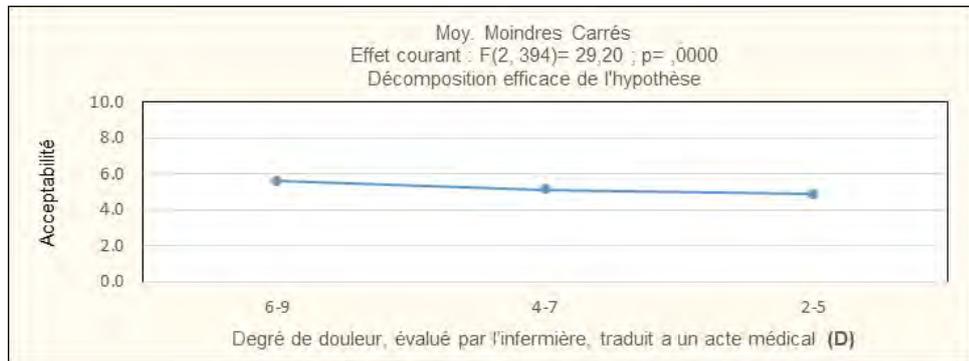


Figure 4-4. Effet principal du facteur intra-sujets « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

4.4.1.1.3. Facteur « formation reçue par l'hypnotiseur »

Le facteur intra-sujets « formation reçue par l'hypnotiseur » a un effet très important, sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, avec $F(2,614)=266,69$; $p= ,0000$. Les moyennes sont respectivement $M=4,44$ et $M=5,94$ (cf. Figure 4.5).

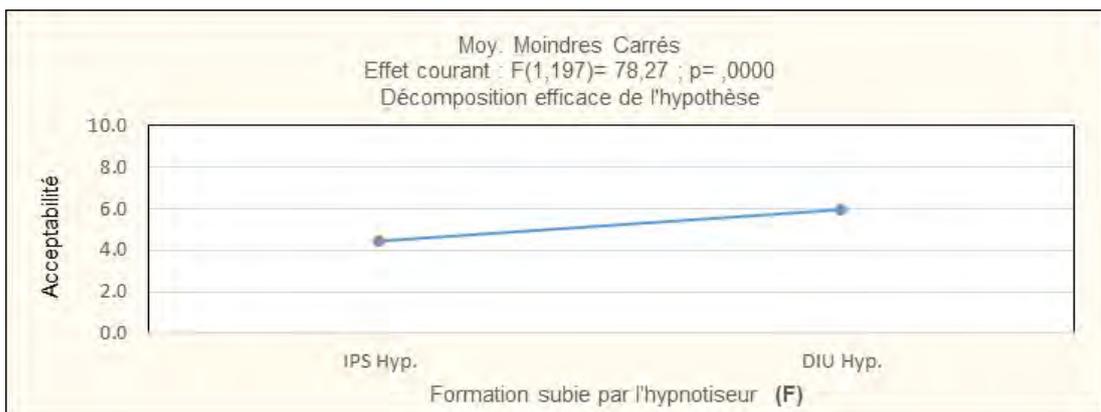


Figure 4-5. Effet principal du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur »

L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » : « l'hypnotiseur est formé dans une institution privée spécialisée en hypnose, mais pas reconnue par l'État » ou « l'hypnotiseur est titulaire d'un

Diplôme Inter-universitaire en hypnose, reconnu par l'État ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous constatons que le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins est plus élevé (au-dessus de la moyenne générale) chez les participants quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-universitaire reconnu par l'État ($M=5,94$). Alors que le degré d'acceptabilité est plus bas (en dessous de la moyenne générale) quand l'hypnotiseur est formé dans une institution privée spécialisée en hypnose, mais pas reconnue par l'État ($M=4,44$). En conclusion, le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » a un impact très important sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Il est plus acceptable quand le professionnel est en possession d'un Diplôme reconnu par l'État.

4.4.1.1.4. Facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière »

Les résultats montrent que le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins a un effet très important avec $F(1,197)=105,27$; $p=,0000$. Les moyennes sont respectivement $M=4,62$ et $M=5,76$. (cf. *Figure 4.6*).

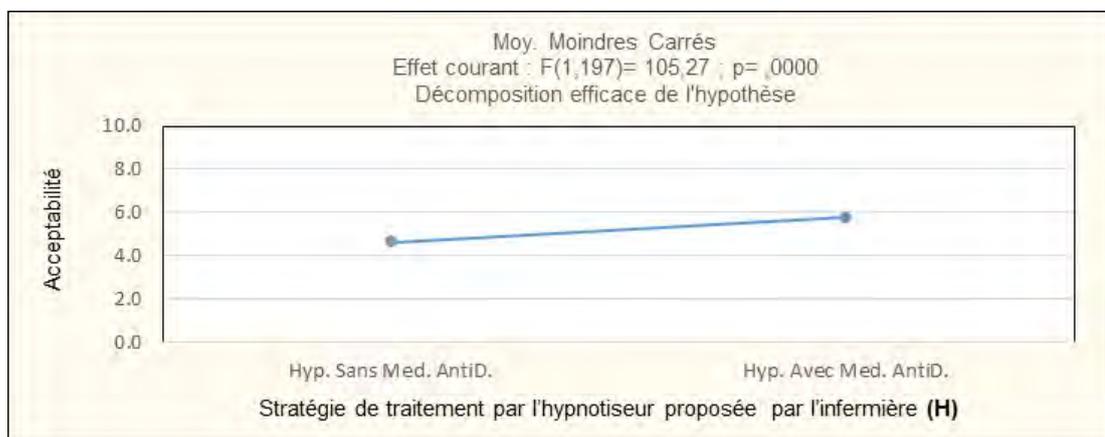


Figure 4-6. Effet principal du facteur intra-sujets « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière »

L'axe horizontal représente les deux modalités du facteur intra-sujets « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » :

« l'infirmière propose au patient de ne pas prendre l'antalgique, mais de bénéficier, à la place, d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin » ou « l'infirmière propose au patient de prendre un paracétamol (antalgique de palier I) et de bénéficier, en plus, d'une technique d'hypnose durant la réalisation du soin ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité (Variable dépendante).

Nous constatons que quand l'infirmière propose une technique d'hypnose, en plus de la prise d'un antalgique de palier I (paracétamol), le degré d'acceptabilité est plus élevé (au-dessus de la moyenne générale, $M=5,76$). Alors que le degré d'acceptabilité est moindre (au-dessous de la moyenne générale) quand l'infirmière propose une technique d'hypnose à la place d'un antalgique $M=4,62$). La stratégie proposée par l'infirmière afin de soulager la douleur aiguë lors de la réalisation d'un soin en phase postopératoire impacte donc le jugement d'acceptabilité des participants de façon très importante.

En conclusion, nous avons constaté un effet significatif pour chacun des facteurs intra-sujets. Nous présenterons, maintenant, les effets combinés de ces facteurs.

4.4.1.2. Effets combinés des facteurs intra-sujets

Afin de comprendre la façon dont les participants de notre étude ont émis les jugements d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite, nous avons fait le choix de présenter une vision d'ensemble tenant compte de la combinaison des facteurs significatifs dans notre deuxième étude, soit les quatre facteurs étudiés : « la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière », « la formation reçue par l'hypnotiseurs », « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « l'âge-identité du patient ».

Nous allons présenter, tout d'abord les effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur », « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Ensuite, nous remplacerons le facteur « stratégie de traitement » par le facteur « âge-identité du patient » afin d'observer leurs effets.

4.4.1.2.1. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur », « stratégie de traitement par l'hypnose proposée par l'infirmière » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

Après une première analyse de variance, nous avons pris en compte la combinaison des facteurs significatifs : « formation reçue par l'hypnotiseur », « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». La combinaison de ces trois facteurs n'ont pas un effet significatif sur le degré d'acceptabilité, avec $F(2,394)=1,5886$; $p=,20551$, mais nous aide à comprendre le comportement des participants.

Dans la *Figure 4.7*, l'axe vertical représente le degré d'acceptabilité des participants. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin », soit : entre 2 et 5 sur 10, lors de la réalisation d'une toilette corporelle, entre 4 et 7 sur 10, lors de la réalisation d'un pansement avec nettoyage de plaie et enfin, entre 6 et 9 sur 10, lors de la réalisation d'une chimiothérapie. Chaque graphique représente une de modalités du facteur « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière ». Les graphiques de gauche représentent la stratégie de soulager la douleur uniquement avec une technique d'hypnose et les graphiques de droite, représentent la stratégie de soulager la douleur par une technique d'hypnose, en plus du traitement antalgique de palier I, le paracétamol. Les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ». La *Figure 4.7* illustre leurs effets combinés.

Ces graphiques permettent de mettre en évidence que « la formation reçue par l'hypnotiseur » influe sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Nous observons aussi que les participants de droite attribuent des notations d'acceptabilité plus élevées que les participants de gauche. Ceci signifie que les participants de droite ont globalement plus tendance à accepter l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite postopératoire associée à une prise d'antalgique de palier I. Le degré d'acceptabilité est plus élevé quand le patient présente un degré de douleur évalué par l'infirmière entre 6 et 9 sur 10, lors de l'administration d'une chimiothérapie. En effet, un

degré de douleur élevé témoigne d'un soin très douloureux (douleur physique et psychique) et se traduit par un degré d'acceptabilité plus élevé. Les participants trouvent inacceptable que l'infirmière dans ce cas ne soulage pas le patient, mais acceptent la condition de réaliser la technique de l'hypnose, en plus du paracétamol (antalgique de palier I).

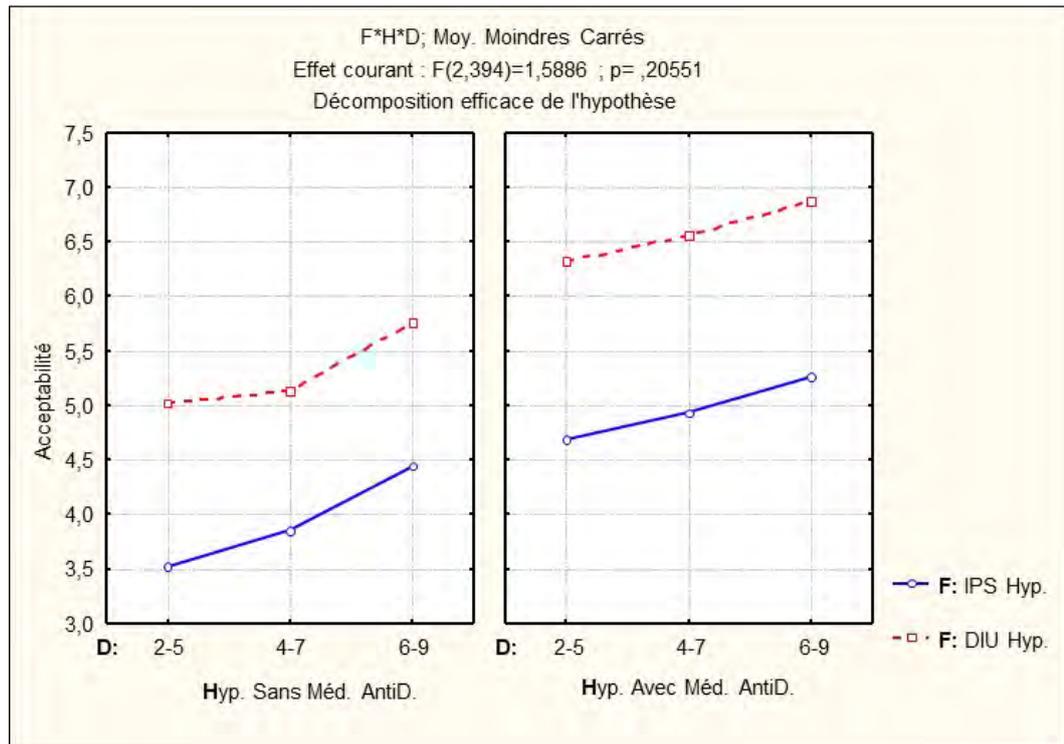


Figure 4-7. Effets combinés des facteurs intra-sujets facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » * « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière »

Nous observons aussi que l'écart entre les deux tracés est pratiquement le même pour les deux graphiques, ce qui signifie que tous les participants sont plus sensibles à la preuve scientifique notamment en lien avec « la formation reçue par l'hypnotiseur ». Les courbes sont ascendantes et clairement séparées les unes des autres. Ceci signifie que la relation « formation reçue par l'hypnotiseur » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » sont jugés de forme directe par les participants de l'étude. Les courbes ne sont pas parallèles. Elles suivent une règle multiplicative.

En conclusion, nous pouvons dire que les participants sont plus sensibles au facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » qu'au facteur « degré de douleur évalué

par l'infirmière, traduit à un soin ». En effet, le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » porte un poids très important dans l'interaction.

4.4.1.2.2. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur », « âge-identité du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

Nous allons présenter les effets de la combinaison des facteurs significatifs, mais cette fois-ci, nous allons observer l'effet de « l'âge-identité du patient ». Nous avons donc fait donc le choix d'observer les quatre modalités du facteur. La combinaison des facteurs intra-sujets « formation reçue par l'hypnotiseur », « âge-identité du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un de soin » n'ont pas non plus un effet significatif sur le degré d'acceptabilité, avec $F(6,48)=1,1065$; $p=,37310$, mais nous aide à expliquer le comportement du facteur « âge-identité du patient ».

La *Figure 4.8* illustre tous les effets combinés de ces facteurs. L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin », soit : entre 2 et 5 sur 10, lors de la réalisation d'une toilette corporelle, entre 4 et 7 sur 10, lors de la réalisation d'un pansement avec nettoyage de plaie et enfin, entre 6 et 9 sur 10, lors de la réalisation d'une chimiothérapie. Chaque graphique représente une des modalités du facteur « âge-identité du patient ». De gauche à droite, nous retrouvons : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Les tracés en couleur bleue pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés roses en pointillés représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ».

En observant les quatre graphiques, nous constatons un tracé similaire. Le degré d'acceptabilité varie de 3,30 à 7,75. Ceci signifie que l'effet « âge = 82 ans » et « âge-identité = 21 ans-porteur de Trisomie 21, bien qu'ayant eu un effet significatif sur le jugement de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite, les participants n'ont eu qu'un impact très léger. Cela vient confirmer ce que nous avons déjà constaté dans la *Figure 4.8*, une différence de seulement 0.61 point.

Nous observons que le degré d'acceptabilité est bas (au-dessous de la moyenne) quand le « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » est important (entre 6 et 9 sur 10) et cela, quel que soit l'âge du patient ; étant légèrement plus élevé dans le graphique « âge 21-porteur de Trisomie 21). De plus, nous constatons que les degrés d'acceptabilité sont plus hauts quand la formation reçue par l'hypnotiseur est reconnue par l'État (titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire). Ce facteur a eu un effet plus important quand il s'agit d'un enfant.

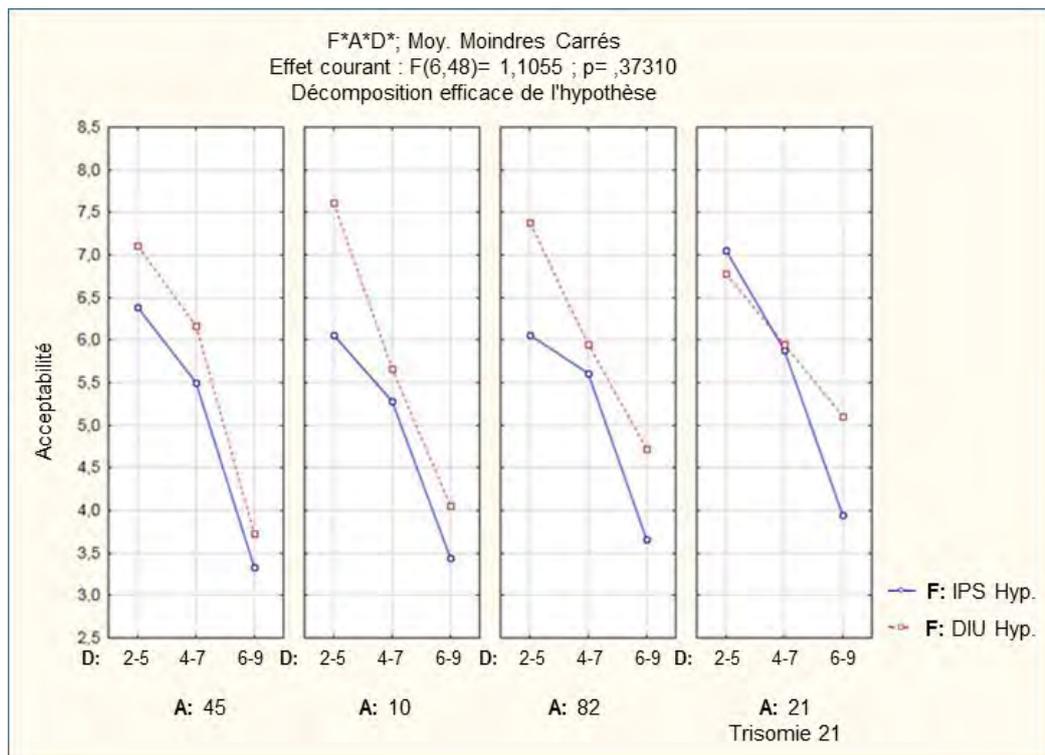


Figure 4-8. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

En conclusion, les trois premières courbes sont clairement descendantes avec un éventail ouvert à gauche et témoignent d'une prise en compte du facteur « âge-identité du patient » qui interagit avec le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur ». Cependant quand la personne est atteinte d'une Trisomie 21, l'impact est plus léger.

4.4.2. Résultats de l'analyse en cluster en fonction des facteurs inter-sujets

Le but de l'analyse en cluster est de regrouper les participants dans l'étude en fonction de leur patron de réponse au sujet du jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Les résultats ont montré huit clusters dont les caractéristiques des facteurs inter-sujets (cf. *Annexe 15*) sont présentées ci-dessous.

4.4.2.1. Caractéristiques des participants en fonction des clusters

Nous allons présenter les huit clusters identifiés. Dans chaque cluster nous présentons les facteurs inter-sujets classifiés en deux catégories : les variables sociodémographiques et les variables concernant l'expérience avec l'hypnose.

4.4.2.1.1. Le cluster 1, appelé « Hypnose jamais acceptable »

Variables sociodémographiques

Le cluster 1 est composé de 15 personnes, dont 4 hommes (6,15%) et 11 femmes (8,09%). Ce qui représente 7,46% du total de personnes participant à l'étude. 4 personnes ont de 18 à 30 ans (8%), 4 ont de 31 à 40 ans (7,69%), 3 ont de 41 à 55 ans (5,77%) et enfin, 4 personnes ont 55 et plus (8,51%). Ce cluster est constitué de 9 infirmières (9,89%), 2 médecins (22,22%) et 29 personnes non professionnelles de santé, le grand public, qui représentent 5,19%. Dans ce cluster il n'y a ni des aides-soignantes, ni psychologues.

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

Le cluster 1 est composé, de 11 personnes (8,21%) qui sont intéressées par l'hypnose et 4 personnes (5,97%) qui ne le sont pas. 12 personnes (6,94%) ont bénéficié d'au moins une séance d'hypnose contre seulement 3 personnes (10,71%) qui n'en ont pas bénéficié. Ce groupe comprend seulement 1 hypnothérapeute (14,28%).

4.4.2.1.2. Le cluster 2, appelé « Totalemment Acceptable si la technique d'hypnose se réalise lors de Soins Oncologiques »

Variables sociodémographiques

Le cluster 2 est composé de seulement 4 personnes (1,99% du total de participants à l'étude) dont 2 hommes (3,07%) et 2 femmes (1,47%). Il y a que 3 infirmières (3,30%) et 1 personne issue du grand public (1,29%). Selon le facteur âge, 1 personne (1,92%) a entre 31 et 40 ans, 1 (1,92%) entre 41 et 55 ans et 2 (4,26%) ont 55 ans et plus. Ce cluster comprend 3 infirmières (3,30%) et 1 personne du grand public (1,33%). Dans ce cluster il n'y a ni des aides-soignantes, ni médecin, ni psychologues.

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

Seulement 2 personnes s'intéressent à l'hypnose (2,99%), alors qu'il y a 2 personnes (1,49%) qui ne sont pas intéressées. 2 personnes (7,14%) ont bénéficié d'au moins une séance d'hypnose et 2 n'en ont pas bénéficié (1,16%). Ce groupe est compris 2 hypnothérapeutes (28,57%).

4.4.2.1.3. Le cluster 3, appelé « Hypnose Sous Réserves »

Variables sociodémographiques

Le cluster 3 est constitué de 62 personnes dont 24 ont entre 18 et 30 ans (48%), 12 ont de 31 à 40 ans (23,08%), 16 ont de 41 à 55 ans (30,77%) et enfin, 10 ont 55 ans et plus (21,28%). Nous retrouvons 19 hommes (29,23%) et le double de femmes, soit 43 (31,62%). Ce cluster représente 30,84% du total de personnes participant à l'étude. Dans ce cluster il y a 24 infirmières (26,37%), 26 personnes issues du grand public (34,36%), 6 aides-soignantes (31,58%), 3 psychologues (60%) et 1 seul médecin (20%). Toutes les catégories professionnelles sont représentées dans ce cluster.

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

40 personnes (29,85%) ne portent pas l'intérêt à l'hypnose alors que 22 personnes (32,84%) y en trouvent. Seulement 10 personnes (35,71%) ont déjà bénéficié d'une séance d'hypnose alors que 52 personnes (30,06%) ne l'ont pas expérimentée. Dans ce cluster, seulement 1 personne (14,29%) est hypnothérapeute contre 61 (31,44%) qui ne le sont pas.

4.4.2.1.4. Le cluster 4, appelé « Totale­ment Acceptable si la technique d'hypnose se réalise Avec traitement Antalgique (pas de substitution) »

Variables sociodémographiques

Le cluster 4 est composé de seulement 24 personnes, soit 11,94% du total de personnes de l'étude. Nous retrouvons 6 hommes (9,23%) et 18 femmes (13,24%). 3 personnes ont de 18 à 30 ans (6%), 9 ont de 31 à 40 ans (17,13%), 5 ont de 41 à 55 ans (9,62%) et enfin, 7 ont 55 et plus (14,89%). Dans ce cluster, les infirmières sont majoritaires, elles représentent à elles seules 14,29%. En suite ce le grand public, 6 personnes (7,79%). Les aides-soignantes et les psychologues ont 2 personnes chacun (10,53% et 20%, respectivement). 2 médecins font partie de ce groupe (22,22%).

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

9 personnes (13,43%) portent intérêt à l'hypnose, alors que 15 personnes (11,19%) n'ont pas d'intérêt. 2 personnes (7,14%) ont déjà bénéficié d'une séance d'hypnose, alors que 22 personnes (12,72%) n'ont pas bénéficié. Sur les 24 personnes composant ce groupe, il n'y a pas d'hypnothérapeutes.

4.4.2.1.5. Le cluster 5, appelé « Hypnose Dépendant de la Douleur »

Variables sociodémographiques

Le cluster 5 est composé de seulement 9 personnes (4,47% du total de participants dans l'étude) dont 4 hommes (6,15%) et 5 femmes (3,68%). La répartition de personnes selon les âges est la suivante : 1 personne a (1,92%) a entre 41 et 55 ans, 3 (6%) ont de 18 à 30 ans, 2 (3,85%) ont de 31 à 40 ans et enfin, 3 (6,38%) ont 55 et plus. Ce cluster est constitué principalement de personnes issues du grand public (7, soit 9,09%). Les professionnels de santé sont absents dans ce cluster sauf pour 2 infirmières (2,20%).

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

6 personnes (4,48%) ne se sont pas intéressées à l'hypnose alors que 3 personnes (4,48%) y portent un intérêt. Seulement 1 personne (3,57%) a déjà bénéficié d'une séance d'hypnose. Dans ce cluster, il n'y a pas d'hypnothérapeutes.

4.4.2.1.6. Le cluster 6, appelé « Hypnose Dépendant de l'Identité »

Variables sociodémographiques

Le cluster 6 est composé de 9 personnes (4,47% du total de participants dans l'étude) dont 1 homme (1,54%) et 8 femmes (5,88%). Il y a 5 infirmières (5,49%) et 4 personnes issues du grand public (5,33%). Ce cluster ne comprend pas ni aides-soignantes, ni médecins, ni psychologues. En ce qui concerne l'âge, 2 personnes (4%) ont entre 18 et 30 ans, 5 personnes (9,62%) entre 31 et 40 ans et 2 personnes (4,26%) ont 55 ans et plus. Dans ce cluster il n'y a pas des personnes entre 41 et 55 ans. Le grand public représente 5,19%, soit 4 personnes et dans la catégorie, professionnel de santé, il y a que 5 infirmières, soit 5,49%.

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

Seulement 2 personnes s'intéressent à l'hypnose (2,99%), alors qu'il y a 7 personnes (5,22%) qui ne le sont pas intéressées. 1 personne (3,57%) a bénéficié d'au moins une séance d'hypnose et 8 n'en ont pas bénéficié (4,62%). Ce groupe comprend 1 hypnothérapeute (14,29%).

4.4.2.1.7. Le cluster 7, appelé « Hypnose Dépendant de la Formation »

Variables sociodémographiques

Le cluster 3 est constitué de 21 personnes dont 4 ont entre 18 et 30 ans (8%), 5 ont de 31 à 40 ans (9,62%), 8 ont de 41 à 55 ans (15,38%) et enfin, 4 ont 55 et plus (8,51%). Nous retrouvons 9 hommes (13,85%) et 12 femmes (8,82%). Ce cluster représente 10,44% du total de personnes participant à l'étude. Les infirmières sont majoritaires dans ce cluster, 13 (14,29%), les aides-soignantes sont au nombre de 3 (15,79%) et les médecins sont 2 (22,22%). Dans ce cluster, il n'y a pas de psychologues et le grand public représente 3,89%, soit 3 personnes.

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

14 personnes (10,45%) ne portent pas intérêt à l'hypnose alors que 7 personnes (10,45%) sont intéressées. Seulement 3 personnes (10,70%) ont déjà bénéficié d'une séance d'hypnose alors que 18 personnes (10,40%) ne l'ont pas expérimentée. Dans ce cluster, 2 personnes sont hypnothérapeutes (28,57%).

4.4.2.1.8. Le cluster 8 appelé « Hypnose Toujours acceptable »

Variables sociodémographiques

Le cluster 8 est composé de 57 personnes, soit 28,35% du total de personnes de l'étude. Nous retrouvons 20 hommes (30,77%) et 37 femmes (27,21%). 10 personnes ont de 18 à 30 ans (20%), 14 ont de 31 à 40 ans (26,92%), 18 ont de 41 à 55 ans (34,62%) et enfin, 15 personnes ont 55 et plus (31,91%). Dans ce cluster, les infirmières et le grand public sont majoritaires avec respectivement, 22 (24,18%) et 24 (31,36%). 8 aides-soignantes (42,11%) et 1 psychologue (20%) et 2 médecins (22,22%) composent le reste de ce cluster.

Variables concernant l'expérience avec l'hypnose

39 personnes (29,10%) ne portent pas intérêt à l'hypnose, alors que 18 personnes (26,87%) s'y sont intéressées. Seulement 6 personnes (21,43%) ont déjà bénéficié d'une séance d'hypnose, alors que 51 personnes (29,48%) n'ont jamais été hypnotisées. Sur les 57 personnes composant ce groupe, il n'y a pas d'hypnothérapeutes.

4.4.2.2. Différenciation des clusters en fonction de l'effet significatif des variables inter-sujets sur l'acceptabilité

Afin de regrouper les participants par leurs similitudes et donc de voir comment ils sont repartis au sein de nos 8 clusters nous avons réalisé plusieurs tests, toujours à l'aide du logiciel STATISTICA. Le regroupement a été fait en tenant compte de leurs caractéristiques, c'est-à-dire en fonction des facteurs inter-sujets : âge, sexe, profession, intérêt pour l'hypnose, expérience antérieure avec l'hypnose et hypnothérapeute. Nous avons aussi calculé le test du Chi² de Pearson, qui nous a permis de contrôler l'indépendance des caractères au sein des clusters.

Nous nous sommes intéressés, dans un premier temps, à la répartition des participants dans les clusters en fonction des facteurs inter-sujets en lien avec **les caractéristiques sociodémographiques**. Nous sommes donc allés observer le comportement du premier facteur inter-sujet « **sexe** » (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 15*). Nous constatons qu'effectivement, il y a une différence entre le nombre d'hommes (32,33%) et le nombre de femmes (67,66%). Mais après avoir calculé le test du Chi² de Pearson, nous déduisons que cette différence concernant le facteur « sexe » dans le cluster n'est pas significative, avec $p < ,63$. Ce qui suppose que les caractères (homme, femme) sont indépendants. Cela signifie que « le

jugement d'acceptabilité de la pratique de l'hypnose dans les douleurs aiguës induites par l'infirmière ne dépend pas du sexe des participants à l'étude de manière comparable. Nous constatons que dans les 8 clusters, il y a une majorité de femmes, étant plus nombreuses dans le cluster 3 « hypnoanalgésie sous réserve » (31,62%). C'est un cluster où les participants ne se positionnent pas clairement au sujet de l'hypnoanalgésie. Ils ont un degré d'acceptabilité autour de la moyenne que peut varier très légèrement en fonction de la situation. Les femmes se sont prioritairement positionnées dans les extrêmes, avec des réponses qui vont d'un côté à l'autre de l'échelle de réponses : « *pas du tout acceptable* » (cluster 1 : « hypnose jamais acceptable ») et « *tout à fait acceptable* » (cluster 8 : « hypnose toujours acceptable »). Elles se sont positionnées plus clairement dans le cluster 4 « totalement acceptable si la technique d'hypnose se réalise en plus du traitement antalgique ». Cependant, malgré le poids du facteur intra-sujet « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière », le facteur inter-sujet « sexe du participant » n'est pas significatif.

Ensuite, nous nous sommes penchés sur la répartition des participants en fonction de leur « âge » (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 15*). Nous constatons qu'il n'y a pas de différences entre les différents quatre groupes d'âge des participants : 50 (entre 18 et 30 ans), 52 (entre 31 et 40 ans), 52 également (entre 41 et 55 ans) et enfin, 47 dans la catégorie 55 ans et plus. La catégorie « entre 18 et 30 ans » est majoritaire dans le cluster 3 (48 %) alors qu'elle est absente dans le cluster 2 (0%). Nous retrouvons le même comportement pour la modalité « entre 41 et 55 ans », absente dans le cluster 6 « hypnose dépendant de l'identité » (0%) et majoritaire dans cluster 3 « hypnose sous réserves » (34,62%). Nous pouvons donc faire l'hypothèse que les participants en fonction du facteur « sexe » suivent la même règle que le facteur « âge », à savoir, une distribution majoritaire entre les clusters 3 (pas de positionnement clairement identifiée) et 8 (positionnement dans l'extrême). Après avoir réalisé le calcul du test du Chi² de Pearson, nous confirmons qu'effectivement le facteur inter-sujet « âge des participants » n'est pas significatif, avec $p < ,30$. Ce qui signifie que le « jugement d'acceptabilité de l'utilisation de la technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins postopératoires réalisés par l'infirmière » ne dépend pas du facteur inter-sujet « âge des participants » de manière comparable.

Puis, nous avons observé la répartition des participants en fonction du comportement de la variable inter-sujets « profession » (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 15*). Nous constatons que le groupe de professionnels de

santé (124 participants, soit 61,69% du total de participants) est deux fois plus important que le groupe du grand public (77 participants, soit 38,30%). Cependant, dans le cluster 3 « hypnose sous réserves » et 8 « hypnose toujours acceptable » ont (à deux personnes près) le même nombre de participants. De même, nous observons que ce facteur est absent dans les clusters 2 « totalement acceptable si la pratique d'hypnose se réalise lors de soins oncologiques », 5 « hypnose dépendant de la douleur » et 6 « hypnose dépendant de l'identité » pour trois catégories de professionnels (aides-soignantes, psychologues et médecins). Il est aussi absent dans le cluster 1 « hypnose jamais acceptable » pour les aides-soignantes et les psychologues. Ces derniers sont également absents dans le cluster 7 « hypnoanalgésie dépendant de la formation ». Les participants dans ce facteur suivent la même distribution que les deux facteurs vus précédemment : une distribution majoritaire entre les clusters 3 « hypnose sous réserves » et 8 « hypnose toujours acceptable ». Au regard de cette distribution entre un positionnement pas clairement identifié et un positionnement extrême, nous pouvons donc faire l'hypothèse que le facteur « profession » n'est pas significatif. Après avoir réalisé le calcul du test du Chi² de Pearson, nous confirmons qu'effectivement le facteur inter-sujet « profession des participants » n'est pas significatif, avec $p < ,35$. Ceci signifie que le « jugement d'acceptabilité de l'utilisation de la technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins postopératoires réalisés par l'infirmière » ne dépend pas du facteur inter-sujet « profession des participants » de manière comparable.

Nous avons aussi calculé le test du Chi² de Pearson pour la variable inter-sujet « **intérêt des participants pour l'hypnose** », (voir la table synthèse de fréquences et test du Chi² dans l'*Annexe 15*). Nous constatons que, dans l'ensemble, ils sont deux fois plus nombreux à ne pas être intéressés, 134 participants, soit 66,66% contre 67 participants (33,33%) intéressés. Tant les uns que les autres, sont repartis majoritairement dans les clusters 3 « hypnose sous réserves » et 8 « hypnose toujours acceptable ». Les nombreux dans ces clusters sont les participants « non intéressés », respectivement, 30,06% et 29,48%. Dans les clusters avec un facteur intra-sujets significatif, les participants non intéressés ne sont pas nombreux : 2 personnes dans le cluster 2 « totalement acceptable si la technique d'hypnose se réalise lors des soins oncologiques », 1 personne dans le cluster 5 « hypnose dépendant de la douleur » ou encore 1 personne dans le cluster 6 « hypnose dépendant de l'identité ». Nous nous attendons à ce que ce facteur ne soit pas non plus significatif. Après avoir réalisé le calcul du test du Chi² de Pearson, nous confirmons qu'effectivement le facteur inter-

sujet « intérêt des participants pour l'hypnose » n'est pas significatif, avec $p < ,97$. Ce qui signifie que le « jugement d'acceptabilité de l'utilisation de la technique d'hypnose dans les douleurs aiguës induites par les soins postopératoires réalisés par l'infirmière » ne dépend pas du facteur inter-sujet « intérêt des participants pour l'hypnose » de manière comparable.

Nous sommes aussi allés, observer la répartition des participants dans les huit clusters en fonction de la variable inter-sujets « **expérience d'une séance d'hypnose déjà vécue** » (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 15*). Seulement 28 personnes (13,93%) ont déjà vécu une séance d'hypnose. Nous constatons que la répartition de ce facteur inter-sujet dans les clusters suit la même règle que les autres facteurs précédents. Les sujets sont plus nombreux dans les clusters 3 « hypnose sous réserves » (Non : 52 [30,06%] ; Oui : 10 [35,71%]) et 8 « hypnoanalgésie toujours acceptable » (Non : 51 [29,48%] ; Oui : 6 [21,43%]). Après avoir calculé le test du χ^2 de Pearson, nous constatons que le facteur inter-sujets « expérience d'une séance d'hypnose déjà vécue » n'est pas significatif, avec $p = ,50$. Ce qui signifie que le « jugement d'acceptabilité de l'utilisation de la technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins postopératoires réalisés par l'infirmière, ne dépend pas du facteur inter-sujets « expérience d'une séance d'hypnose déjà vécue » de manière comparable.

Enfin, nous nous sommes intéressés à la répartition des participants dans les clusters en fonction du facteur « hypnothérapeute » (voir la table synthèse de fréquences et test du χ^2 dans l'*Annexe 15*). Nous observons que la majorité des participants (194, soit 96,51%) qui ne sont pas thérapeutes. Seulement 7 participants (3,48%) le sont. Une fois de plus, nous constatons que la répartition de ce facteur inter-sujets dans les clusters suit la même règle que les facteurs précédents. Ils sont plus nombreux dans les clusters 3 « hypnose sous réserves » (Non : 61 [31,61%]) et 8 « hypnose toujours acceptable » (Non : 57 [29,38%]). Après avoir calculé le test du χ^2 de Pearson, nous constatons que le facteur inter-sujets « hypnothérapeute » n'est pas significatif, avec $p < ,000$. Ce qui suppose que le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de la technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins postopératoires réalisés par l'infirmière » ne dépend pas du facteur inter-sujet « hypnothérapeute » de manière comparable.

En conclusion, nous nous attendions à que l'influence des facteurs intra-sujets, « sexe », et « âge », « profession », « intérêt pour l'hypnose », « expérience d'une séance

d'hypnose déjà vécue » et « hypnothérapeute », sur le jugement d'acceptabilité de l'utilisation d'une technique d'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins soit significative. Cependant après avoir vérifié avec le test du Chi² ces facteurs n'ont pas d'effets significatifs.

Nous allons maintenant, présenter les résultats des analyses de variance réalisées pour chacun des clusters en tenant compte des variables indépendantes intra-sujets.

4.4.3. Résultats de l'analyse en clusters en fonction des facteurs intra-sujets

Nous avons réalisé, dans un premier temps, une analyse de variance sur les facteurs intra-sujets pour les 48 scénarii de base, en suivant le plan « **F2*H2*AI4*DD3** » : « la formation reçue par l'hypnotiseur » * « la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » * « l'âge-identité du patient » * « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

Nous allons présenter maintenant les effets combinés des facteurs intra-sujets suite à l'analyse de variance réalisée pour chacun des clusters.

4.4.3.1. Résultats des analyses de variance réalisées pour chacun des clusters

Nous allons présenter les principaux résultats issus des analyses de variance réalisées pour chacun des clusters en tenant compte de notre plan expérimental, correspondant aux 48 scénarii. Tout d'abord, nous aborderons les effets des facteurs intra-sujets dans chaque cluster afin de mettre en évidence la distribution des participants et la significativité de chaque facteur. Ensuite nous exposerons les principaux effets combinés des facteurs analysés issus des analyses de variance réalisées pour chacun des cinq clusters. Enfin, nous présenterons les effets combinés des facteurs pour tous les clusters ce qui nous permettra présenter la synthèse de notre étude (cf. *Annexe 16*).

4.4.3.1.1. Effets principaux des facteurs intra-sujets sur les clusters

Cluster 1

Dans le cluster 1 (appelé hypnose jamais acceptable), l'effet du facteur « stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière » sur le jugement d'acceptabilité dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, est très important, avec $F(1,14)=8,60$; $p < ,0109$). Ce facteur est donc significatif dans le jugement d'acceptabilité par les participants de l'étude. Pour ce groupe, l'utilisation d'une technique d'hypnose est toujours inacceptable, peu importe si c'est avec ou sans antalgique de palier I (paracétamol). Les moyennes d'acceptabilité sont très basses, elles oscillent entre 0 et 2.

Le deuxième facteur, le plus significatif est « **l'âge-identité du patient** » avec $F(3,42)=3,7437$; $p < ,01799$ et le dernier facteur significatif est « **la formation reçue par hypnotiseur** », avec $F(1,14)=6,5931$; $p < ,0223$.

En général, les degrés d'acceptabilité restent très bas. Ce qui veut dire que pour les participants, soulager la douleur aiguë des patients avec de l'hypnose est toujours inacceptable et encore plus inacceptable. C'est cependant légèrement plus acceptable quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose, reconnu par l'État.

Cluster 2

Dans ce cluster (appelé totalement acceptable si la technique d'hypnose se réalise lors de Soins Oncologiques), le facteur le plus significatif dans le jugement d'acceptabilité dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, est « **le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin** » avec $F(2,6)=30,04$; $p < ,00007$. Ce facteur est donc significatif dans le jugement d'acceptabilité par les participants de l'étude. Le deuxième facteur significatif est « **la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière** » avec $F(1,3)=10,714$; $p < ,0466$

Pour ce groupe, la pratique de l'hypnose est toujours inacceptable, quand il s'agit des soins potentiellement peu douloureux, comme une toilette corporelle ou un pansement avec nettoyage de plaie. C'est par contre beaucoup plus acceptable (moyennes d'acceptabilité très élevées) quand il s'agit de soins de chimiothérapie.

Cluster 3

Dans ce cluster 3 (appelé hypnose sous réserves), tous trois facteurs sont significatifs avec $p < ,00$ (« **la formation reçue par hypnotiseur** » avec $F(1,58)=30,610$; $p < ,0000$; « **la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière** » avec $F(1,58)=64,349$; $p < ,0000$; et « **le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin** » avec $F(2,116)=43,489$; $p < ,0000$). Le facteur âge-identité est aussi significatif avec $F(3,174)=4,325$; $p < ,0057$). Les interactions combinées des facteurs ($H*D$; $F*H$; $H*A$; $F*A$; $H*A*D$ et $F*A*D$) sont aussi significatives. Dans ce groupe, les degrés d'acceptabilité restent autour de la moyenne générale. Pour les participants de ce groupe, soulager la douleur aiguë par l'utilisation d'une technique d'hypnose parfois est acceptable et parfois est inacceptable.

Cluster 4

Dans ce cluster (appelé hypnose totalement acceptable avec antalgique). Le facteur le plus significatif dans l'acceptabilité de l'utilisation d'une technique de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, est « **la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière** » avec $F(1,23)=171,664$; $p < ,0000$. L'interaction des facteurs « $F*H$ » est significative, avec $F(1,23)=12,8625$; $p < ,0016$. Après, le facteur du « **âge-identité du patient** » avec $F(3,69)=3,5131$; $p < ,0019$. Puis, l'interaction des facteurs « $F*D$ » avec $F(2,46)=7,1948$; $p < ,0019$. Ensuite, le facteur « **formation reçue par l'hypnotiseur** », avec $F(1,23)=10,974$; $p < ,0030$ et enfin, l'interaction « $H*A*D$ » avec $F(6,138)=2,3182$; $p < ,0365$ et enfin.

Les participants de ce groupe acceptent mieux que l'infirmière soulage la douleur de leurs patients par l'utilisation de l'hypnose si celui-ci prend un paracétamol (antalgique de palier I). Les degrés d'acceptabilité sont plus importants quand la formation reçue par l'hypnotiseur est reconnue par l'État. C'est-à-dire, quand il est donc en possession d'un **Diplôme** Inter-Universitaire en Hypnose.

Cluster 5

Dans ce cluster (appelé hypnose dépendant de la douleur), le facteur le plus significatif dans l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, est « **le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin** » avec $F(2,16)=13,5738$; $p < ,0004$. Puis, l'interaction « $H*D$ » avec $F(2,16)=8,3899$; $p < ,0032$. Après, le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur »

avec $F(1,8)=7,591$; $p < ,0249$. Et enfin, l'interaction « $F*H*A*D$ » avec $F(6,48)=2,5976$; $p < ,0292$.

Ce facteur est donc significatif dans le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Les moyennes d'acceptabilité sont plus élevées quand le degré de douleur est entre 2 et 5 sur 10.

Cluster 6

Dans le cluster (appelé hypnose dépendant de l'âge-identité), le facteur « **âge-identité du patient** » a un effet significatif avec $F(3,24)=19,72$; $p = ,0000$. Le deuxième facteur significatif est « **le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin** » avec $F(2,16)=11,1080$; $p < ,0009$ et le troisième facteur est « **la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière** » avec $F(1,8)=9,996$; $p < ,0133$). L'interaction « $A*D$ » est également significative avec $F(6,48)=3,0219$; $p < ,0137$. En résumé, pour ce groupe, la pratique de l'hypnose est toujours acceptable pour le patient porteur de Trisomie 21. Les moyennes d'acceptabilité varient de 0 à 8.

Cluster 7

Dans ce cluster 7 (appelé hypnose dépendant de la formation) le facteur « **formation reçue par l'hypnotiseur** » a un poids très significatif avec $F(1,20)=295,6000$; $p < ,0000$, ainsi que le facteur « **stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière** » avec $F(1,20)=10,991$; $p < ,0035$. Puis, les interactions combinées des facteurs « $F*A$ » avec $F(3,60)=3,679$; $p < ,0168$ et « $F*H$ » avec $F(1,20)=5,1268$; $p < ,0348$. Et enfin, le facteur « **âge-identité du patient** » avec $F(3,60)=2,9805$; $p < ,0038$.

En conclusion, pour les participants de ce groupe, accepter le soulagement de la douleur aiguë par l'utilisation de l'hypnoanalgésie est clairement dépendant du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur ». Il est toujours plus acceptable quand la personne qui la pratique est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose, reconnu par l'État.

Cluster 8

Dans ce cluster 8 (appelé hypnose toujours acceptable) trois facteurs sont significatifs avec $p < ,0000$ (« **formation reçue par l'hypnotiseur** », « **stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière** » et « **degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin** »). Le facteur « **l'âge-identité du patient** » est

aussi significatif avec $F(3,168)=5,3502$; $p < ,0015$. Les interactions combinées des facteurs « H*D » [$F(2,112)=5,9319$; $p < ,0035$] et « F*A*D » [$F(6,336)=2,2032$; $p < ,0423$] sont aussi significatives. Dans ce groupe, les degrés d'acceptabilité restent toujours très élevés. Ce qui veut dire que, pour les participants, soulager la douleur aiguë par l'utilisation de l'hypnose, est toujours acceptable dans n'importe quelle condition, d'autant plus quand le praticien est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en Hypnose, reconnu par l'État.

Nous concluons que les participants ont émis un jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, en tenant compte de quatre facteurs. Le poids de chaque facteur est donné par les participants en fonction du positionnement dans un cluster et il est très variable. Ainsi, le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » est plus important dans les clusters 3, 7 et 8. Le facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » a le plus de poids dans les clusters 1 et 4. Le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » est très présent dans les clusters 2 et 5. Enfin, le facteur « âge-identité du patient » a beaucoup de poids dans le cluster 6, appelé « hypnose dépendant de l'identité ».

4.4.3.1.2. Effets combinés des principaux facteurs intra-sujets sur les clusters

Cluster 1

Nous allons présenter les effets de la combinaison des trois facteurs significatifs dans le cluster 1 (appelé jamais acceptable). La *Figure 4.9* montre les effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient ». Nous avons fait le choix de présenter cette interaction malgré que son effet n'est pas significatif ($F(3,42)=1,5343$; $p = ,21966$) sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Mais, il nous aide à expliquer le comportement du cluster.

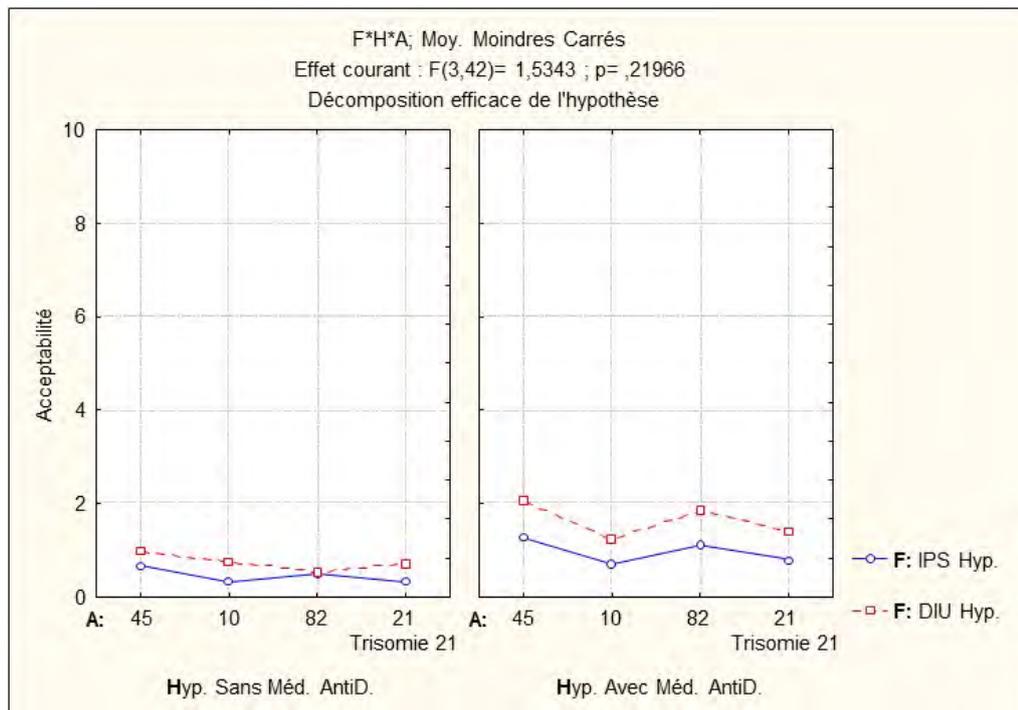


Figure 4-9. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »

L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une des modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I (paracétamol) » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ».

En observant les deux graphiques, nous constatons un tracé similaire. Le degré d'acceptabilité est très bas et il oscille entre 0 et 2. Cette première observation signifie que l'effet « âge-identité du patient », bien qu'ayant eu un effet significatif sur le jugement de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite, les jugements des participants n'ont eu qu'un impact très léger. Nous

observons que le degré d'acceptabilité est très légèrement plus élevé quand la formation de l'hypnothérapeute est reconnue par l'État (titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire). Ce facteur a eu un effet plus important quand il s'agit d'un adulte ou d'une personne âgée. Cela vient confirmer ce que nous avons déjà constaté dans la *Figure 4.1*, une différence de moyennes de seulement 0,61 point.

En conclusion, dans ce cluster les participants n'acceptent quasiment jamais le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins par l'utilisation d'une technique d'hypnose à un patient après sa chirurgie, surtout si la formation reçue par l'hypnotiseur n'est pas reconnue par l'État et qu'il s'agit d'un enfant ou d'une personne porteuse de Trisomie 21.

Cluster 2

La *Figure 4.10* illustre le comportement des participants dans ce cluster (appelé totalement acceptable si soins oncologiques). L'interaction des facteurs « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin », n'a pas un effet significatif avec $F(6,18)=1,518$; $p=,3737$, mais nous aide à expliquer le comportement du cluster sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

L'axe vertical représente la variable dépendante « degré d'acceptabilité » de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une de modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité 1 : « degré de douleur entre 2 et 5 sur 10, traduit à une toilette corporelle. Les tracés roses avec des tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité 2 : degré de douleur entre 4 et 7 sur 10, traduit à un pansement avec nettoyage de plaie et enfin, les tracés verts pointillés, représentent la moyenne d'acceptabilité pour la modalité 3 : degré de douleur entre 6 et 9 sur 10, traduit à un soin de chimiothérapie.

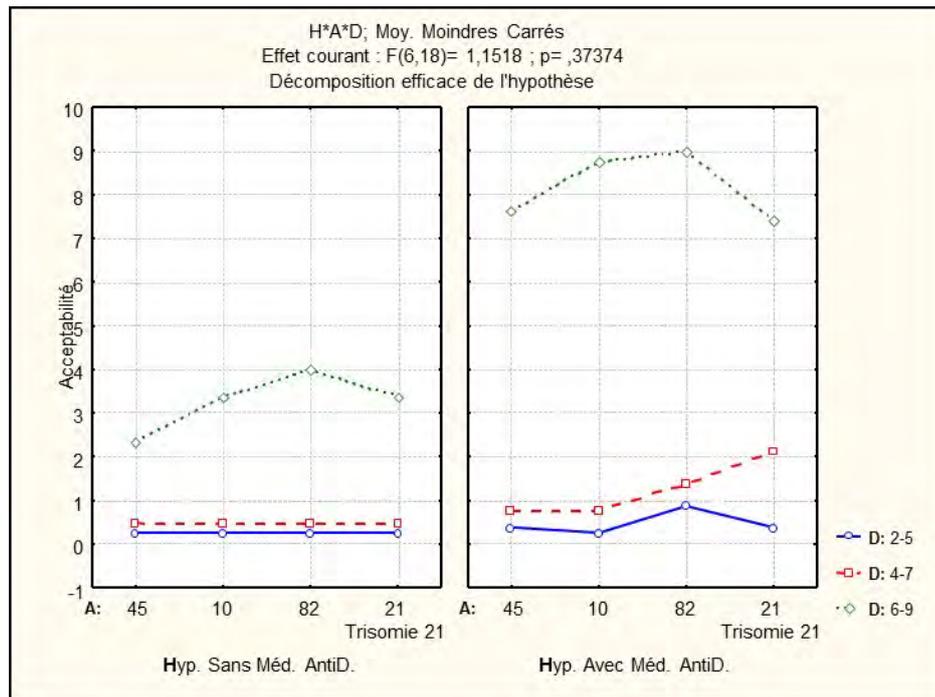


Figure 4-10. Effets combinés des facteurs « stratégie de traitement proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur, évalué par l'infirmière traduit à un soin »

Les courbes de deux graphiques sont différentes. Les participants ont accordé plus de poids à la stratégie proposée par l'infirmière de réaliser une pratique d'hypnose en plus d'un traitement antalgique de palier I (paracétamol). En observant les deux graphiques de plus près, et en considérant la modalité « avec traitement », nous constatons que le degré d'acceptabilité est fortement plus élevé quand les patients ont subi un soin de chimiothérapie. Il s'est placé très au-dessus de la moyenne générale. Ce degré diminue (graphique de gauche) quand l'infirmière propose une technique d'hypnose en substitution d'un antalgique. Dans ce même graphique, nous observons que l'effet des deux autres modalités (douleur entre 2 et 5 et douleur entre 4 et 7 sur 10) est nul (les courbes sont à plat). Il n'y a pas d'interaction entre les facteurs.

Le degré d'acceptabilité est plus élevé quand il s'agit d'une personne âgée (sur les deux graphiques). Quand il s'agit d'une personne porteuse de Trisomie 21, nous constatons un effet inversé (graphique de droite) : les participants ont donné un degré d'acceptabilité plus élevé quand la personne est porteuse de Trisomie 21 alors que, quand nous observons l'effet principal du facteur « âge-identité du patient » dans la Figure 4.1 et les effets combinés dans la Figure 4.6, nous constatons un comportement de la modalité différent. En effet, ici, nous observons un degré d'acceptabilité plus

élevé. Les participants ont accordé plus de poids à ce facteur. Le degré d'acceptabilité est très bas et il oscille entre 0 et 2.

En conclusion, bien que le facteur « âge-identité du patient », aie un effet significatif sur le jugement de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite, les jugements des participants n'ont eu qu'un impact très léger. Cependant, dans le cas de soins de chimiothérapie, l'impact a été beaucoup plus important, notamment lorsque l'hypnose est proposée en complément de l'antalgique (paracétamol).

Cluster 3

La Figure 4.11 illustre bien le comportement des participants dans ce cluster (appelé hypnose sous réserves) à partir de l'interaction des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur », « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » avec $F(2,116) = ,6286$; $p = ,5351$. L'interaction n'est pas significative, mais nous aide à expliquer le comportement des facteurs dans ce cluster.

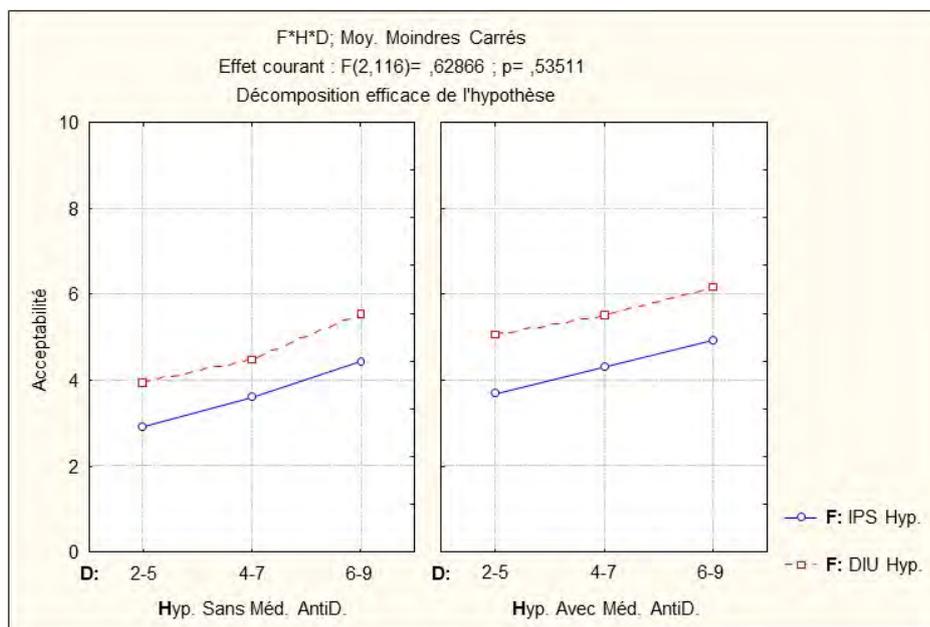


Figure 4-11. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les trois modalités du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin : « degré de douleur entre 2 et 5 sur 10, traduit à une toilette corporelle », « degré de douleur entre 4 et 7 sur 10, traduit à un pansement avec nettoyage de plaie » et enfin, « degré de douleur entre 6 et 9 sur 10, traduit à un soin de chimiothérapie ». Chaque graphique représente une de modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I (paracétamol) » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ».

Graphiquement nous constatons que les courbes sont très similaires, mais en observant de plus près, nous pouvons dire que le degré d'acceptabilité est très légèrement plus élevé chez les participants qui sont d'accord avec la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière quand cette technique est faite en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) et encore plus élevé quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire reconnu par l'État et quand le degré de douleur est plus important (entre 6 et 9 sur 10). Les réponses des participants dans ce cluster restent autour de la moyenne.

En conclusion, la différence majeure dans les jugements émis par les deux groupes (graphique de gauche -hypnose en substitution- et de droite -hypnose avec l'antalgique-) ne concerne pas la manière de juger, mais très légèrement la moyenne de leurs jugements émis.

Cluster 4

La *Figure 4.12* montre les effets combinés des facteurs dans ce cluster (appelé totalement acceptable avec antalgique) : la « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient ». Nous avons fait donc le choix de présenter cette interaction malgré que son effet n'est pas significatif avec $F(3,69)=1,5649$; $p=,20574$, sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Mais, elle nous aide à expliquer le comportement du cluster.

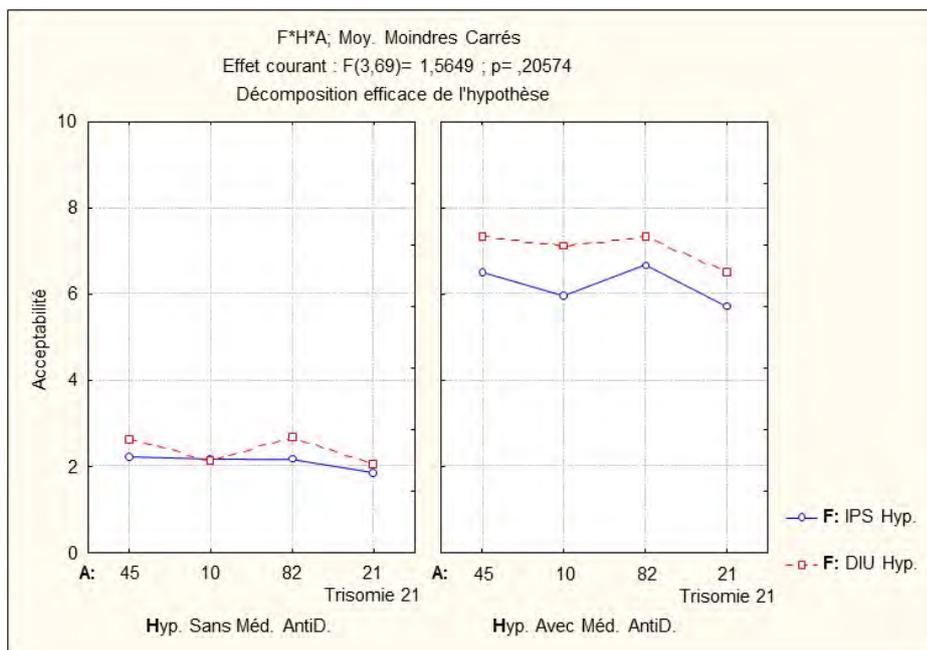


Figure 4-12. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »

L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une de modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I (paracétamol) » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les tracés roses en tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ».

En observant les graphiques, nous constatons un tracé différent concernant les deux courbes avec un degré d'acceptabilité plus élevé (au-dessus de la moyenne) quand la pratique de l'hypnose se réalise en plus du traitement antalgique de palier I (paracétamol). C'est seulement dans cette modalité que l'hypnose devient totalement acceptable. Le degré est plus élevé quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire en hypnose, reconnu par l'État.

Dans ce cluster les jugements émis par les participants ont non seulement une moyenne différente, mais ils ont aussi une façon de juger différente, traduite par une combinaison du poids porté aux facteurs différente. En conclusion, nous retenons qu'il s'agit d'un cluster qui pense que l'hypnose est toujours acceptable à condition d'être réalisée en plus du traitement antalgique de palier I (paracétamol). La formation n'a pas beaucoup de poids dans leurs jugements, mais elle est mieux acceptée quand le praticien a un Diplôme reconnu par l'État.

Cluster 5

La *Figure 4.13* illustre le comportement des participants dans ce cluster (appelé dépendant de la douleur). L'interaction des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » n'a pas un effet significatif avec $F(6,48)=1,1055$; $p=,3731$, mais nous aide à expliquer le comportement du cluster sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

L'axe vertical représente la variable dépendante « degré d'acceptabilité » de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une des modalités du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur ». À gauche, nous retrouvons la modalité « l'hypnotiseur a suivi une formation dans une institution privée, non reconnue par l'État » et à droite, la modalité « l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État ». Les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité 1 : « degré de douleur entre 2 et 5 sur 10, traduit à une toilette corporelle. Les tracés roses avec des tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité 2 : degré de douleur entre 4 et 7 sur 10, traduit à un pansement avec nettoyage de plaie et enfin, les tracés verts pointillés, représentent la moyenne d'acceptabilité pour la modalité 3 : degré de douleur entre 6 et 9 sur 10, traduit à un soin de chimiothérapie.

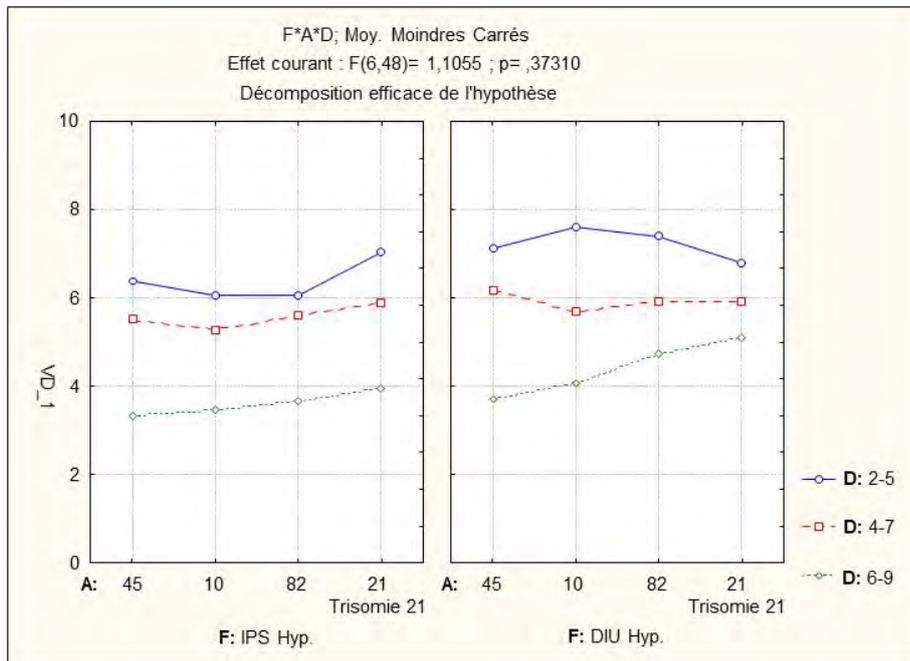


Figure 4-13. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin »

Les courbes de deux graphiques sont différentes même si nous ne retrouvons pas une grande différence entre les notations les plus basses et les plus élevées dans les deux graphiques, notamment quand la douleur est évaluée par l'infirmière entre 4 et 7. Cependant, nous constatons que le degré d'acceptabilité est légèrement plus élevé quand les patients ont subi un soin de chimiothérapie et que l'hypnotiseur a un Diplôme reconnu par l'État.

Nous observons à nouveau, le comportement surprenant de la règle algébrique que nous avons déjà constaté dans le cluster 2. À savoir que les participants ont jugé un degré d'acceptabilité plus élevé quand la personne est atteinte d'une Trisomie 21, pour les douleurs évaluées par l'infirmière entre 2 et 5 sur 10 (graphique de gauche) et entre 6 et 9 sur 10 (graphique de droite). Alors que, nous avons observé un comportement de la modalité différent lors de l'effet principal du facteur « âge-identité du patient » dans la Figure 4.3 et des effets combinés, dans la Figure 4.8.

Pour les hypnotiseurs formés à l'Université et qui ont un Diplôme reconnu par l'État, la règle est plutôt disjonctive alors que pour les hypnotiseurs formés dans une institution privée et qui ont une attestation de formation en hypnose, non reconnue

par l'État, le patron de résultats est plutôt additif et tend vers la règle conjonctive. Ici, nous constatons donc un exemple d'évolution-involution dans la règle algébrique.

En conclusion, nous pouvons dire que pour ce groupe, l'acceptation de l'hypnose dépend du niveau de douleur et les différences concernent la manière dont les participants ont émis leurs jugements.

Cluster 6

La combinaison des facteurs « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière », « âge-identité du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » (*cf. Figure 4.14*) n'a pas un effet significatif avec $F(6,48)=1,7499$; $p=,1298$, mais nous aide à expliquer le comportement du cluster (appelé dépendant de l'identité) sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

L'axe vertical représente la variable dépendante « degré d'acceptabilité » de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une des modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I (paracétamol) » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité 1 : « degré de douleur entre 2 et 5 sur 10, traduit à une toilette corporelle. Les tracés roses avec des tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité 2 : degré de douleur entre 4 et 7 sur 10, traduit à un pansement avec nettoyage de plaie et enfin, les tracés verts pointillés, représentent la moyenne d'acceptabilité pour la modalité 3 : degré de douleur entre 6 et 9 sur 10, traduit à un soin de chimiothérapie.

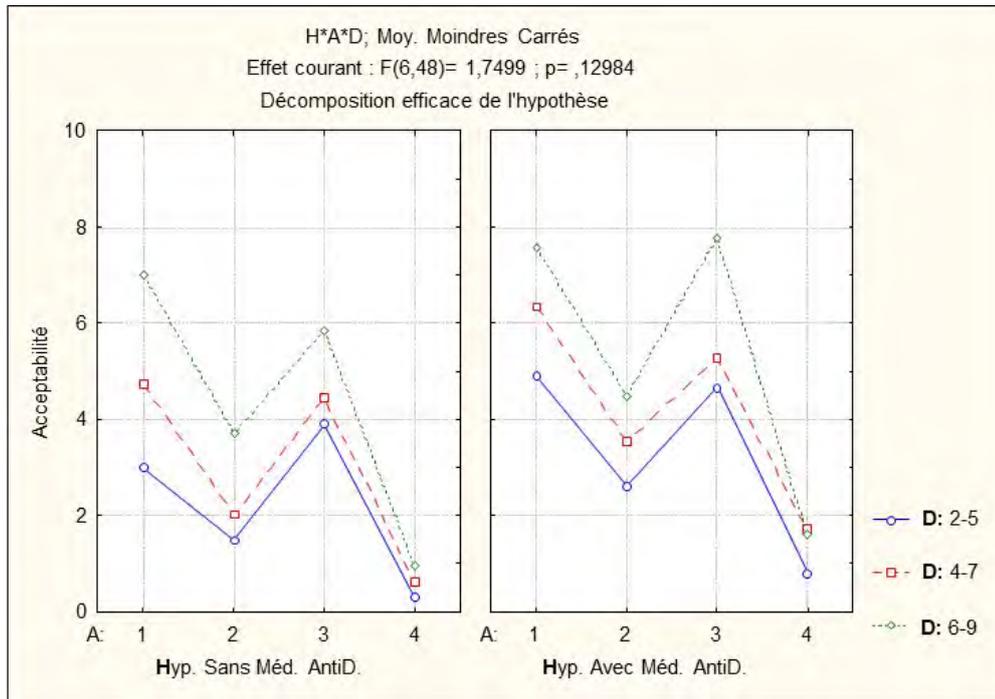


Figure 4-14. Effets combinés des facteurs * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ».

Les deux patrons de réponse sont très fortement semblables entre eux. Cependant, la différence majeure que nous retenons de cette analyse de variance réalisée pour ces clusters ne concerne pas la manière de juger des deux groupes, mais, clairement, la moyenne de leurs jugements émis. Quand la stratégie de traitement, par l'utilisation d'une technique d'hypnose, proposée par l'infirmière est en substitution d'un antalgique de palier I (paracétamol), les moyennes d'acceptabilité sont plus basses, en se situant plutôt dans la partie inférieure (graphique de gauche), alors que dans le graphique de droite, les moyennes d'acceptabilité se situent plutôt dans la partie supérieure. Ceci signifie que la stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose, proposée par l'infirmière a un effet significatif sur le jugement d'acceptabilité des participants. En effet, nous pouvons noter que lorsque l'infirmière a pris la décision d'utiliser une technique d'hypnose à la place du traitement antalgique le degré d'acceptabilité diminue. Les participants ont accordé plus de poids à la stratégie proposée par l'infirmière de réaliser une séance d'hypnose en plus d'un traitement antalgique de palier I (paracétamol).

Concernant le facteur « âge-identité du patient », les participants à l'étude ont jugé comme n'étant jamais acceptable de réaliser une technique d'hypnose chez une personne de 21 ans porteuse de Trisomie 21. C'est précisément ce résultat qui caractérise ce cluster, d'ailleurs nommé par nos soins « hypnose dépendant de l'identité de la personne », ici l'identité c'est l'atteinte mentale. Nous constatons aussi un degré d'acceptabilité très peu élevé quand il s'agit d'un enfant de 10 ans. A contrario, les degrés d'acceptabilité sont plus élevés quand il s'agit, en premier, d'un adulte de 45 ans et après d'une personne âgée de 82 ans.

Le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit par une situation de soins » a un effet très peu significatif sur le jugement des participants. Lorsque le degré de douleur est important (soins de chimiothérapie) il est plus acceptable d'utiliser l'hypnose, surtout quand elle vient en complément de la prise d'un antalgique. Cependant, quand il s'agit de douleurs moindres et associés à des soins potentiellement moins douloureux, le degré d'acceptabilité augmente, mais très légèrement. En revanche, si les participants n'avaient pas pris en compte le facteur « stratégie de traitement par la technique d'hypnose proposée par l'infirmière », l'effet combiné des facteurs et « âge-identité du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » aurait eu un effet significatif avec $F(6,48)=1,7499$; $p=,1268$.

En conclusion, les facteurs « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière », « âge-identité du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » ont été pris en compte par les participants pour émettre leur jugement et cela, même si l'interaction entre ces facteurs n'a pas un effet significatif.

Cluster 7

La *Figure 4.15* montre les effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient ». Nous avons fait le choix de présenter cette interaction malgré que son effet n'est pas significatif avec $F(3,60)=,2051$; $p=,8924$, sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Mais, elle nous aide à expliquer le comportement du cluster, appelé dépendant de la formation.

L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une de modalités du

facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les tracés roses avec de tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés bleus pleins représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ».

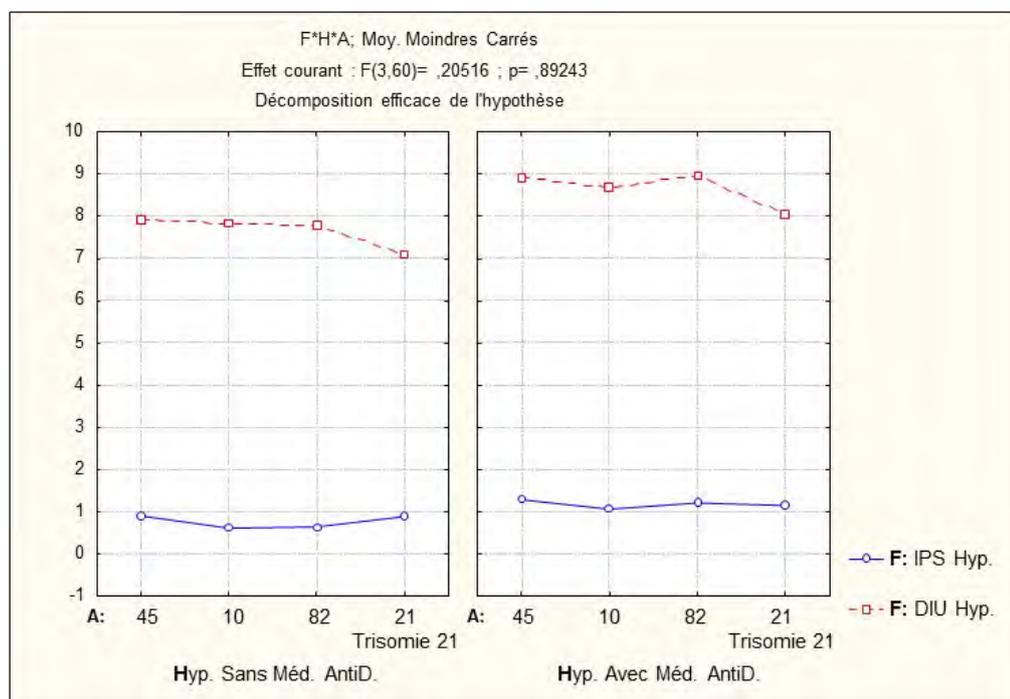


Figure 4-15. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient »

En observant les graphiques, nous constatons des tracés similaires dans les deux modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » (graphiques de gauche et de droite). Ceci signifie que la « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière », a eu un effet significatif sur le jugement d'acceptabilité des participants, mais son impact a été très léger. En revanche, le degré d'acceptabilité diffère en fonction du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur ». Il est un peu plus élevé, quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire reconnu par l'État. L'écart entre les graphiques est très important.

En conclusion, nous pouvons dire que pour ce cluster le degré d'acceptation de l'hypnose dépend clairement du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur ».

Cluster 8

Nous allons présenter les effets de la combinaison des trois facteurs significatifs dans le cluster 8 (appelé toujours acceptable). La *Figure 4.16* montre les effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient ». Nous avons fait le choix de présenter cette interaction malgré que son effet n'est pas significatif, mais tendanciel, avec $F(3,4168=2,30557 ; p= ,07861$ sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Il nous aide à expliquer le comportement du cluster.

L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. L'axe horizontal représente les différentes modalités du facteur « âge-identité du patient » : 45 ans, 10 ans, 82 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21. Chaque graphique représente une de modalités du facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière ». À gauche, nous retrouvons la modalité « technique d'hypnose en substitution de l'antalgique de palier I (paracétamol) » et à droite, la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». Les roses avec des tirets représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État » et les tracés bleus pleins avec des tirés représentent les moyennes d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée, pas reconnue par l'État ».

En observant les deux graphiques, nous constatons un tracé similaire. Le degré d'acceptabilité est très élevé et oscille entre 6,5 et 9,5. Cette première observation signifie que l'effet « âge-identité du patient », n'a eu qu'un impact très léger sur le jugement de l'acceptabilité de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins, et cela même s'il a eu un impact significatif. Nous observons que le degré d'acceptabilité est très légèrement plus élevé quand la formation reçue par l'hypnotiseur est reconnue par l'État (titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire).

En conclusion, dans ce cluster les participants acceptent toujours l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par l'infirmière à un patient après sa chirurgie, quelque soit l'âge ou le cursus de formation de l'hypnotiseur, ou si celui-ci est un professionnel de santé ou non.

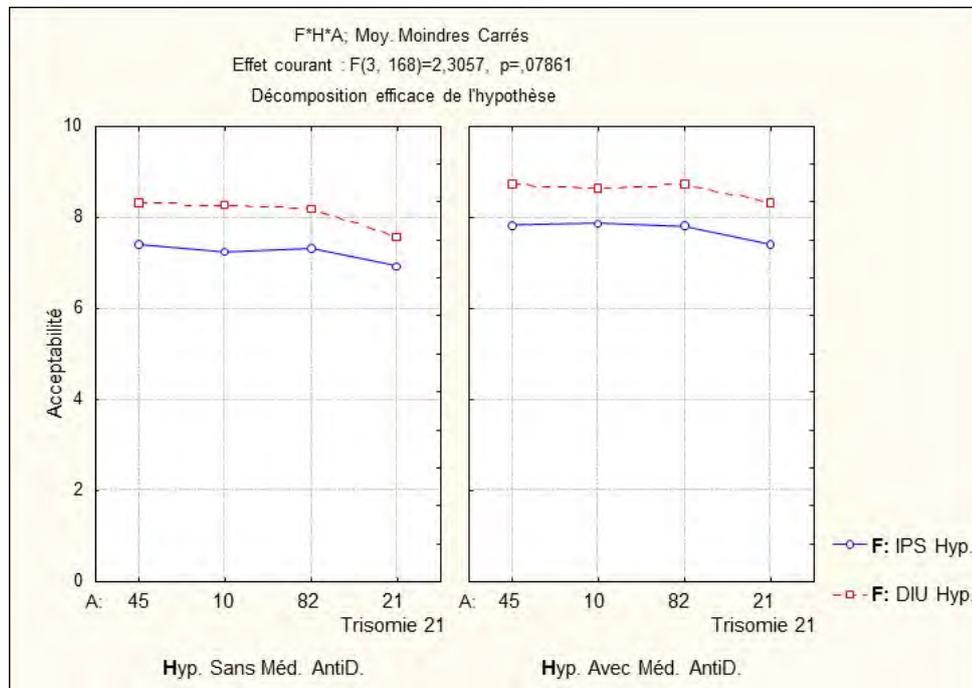


Figure 4-16. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient ».

Conclusion

Ces résultats ont montré que les facteurs intra-sujets, « âge-identité du patient », « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin », « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière » et « formation reçue par l'hypnotiseur » ont un effet significatif dans les 8 clusters. Résultant (cf. *Annexe 16*) :

- Facteur « âge-identité du patient » (**A**) : significatif dans le cluster 1, 3, 4, 6, 7 et 8.
- Facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à une situation de soin » (**D**) : significatif dans les clusters 2, 3, 5, 6 et 8.
- Facteur « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière » (**H**) : significatif dans tous les clusters sauf dans le cluster 5.
- Facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » (**F**) : significatif dans tous les clusters sauf dans les clusters 2 et 6.

Au regard de ces résultats, nous pouvons penser que sur un échantillon de sujets plus important, ces facteurs deviendront aussi significatifs à $p < ,001$. Il n'en est pas de même pour le facteur inter-sujets « sexe », et « âge », « profession », « intérêt pour l'hypnose », « expérience d'une séance d'hypnose déjà vécue » et « hypnothérapeute » n'ont pas des effets significatifs sur le « jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins postopératoires réalisés par l'infirmière. De ce fait, nous ne sommes pas allés explorer avec des analyses de variances, en tenant compte du facteur cluster, les effets combinés de ces facteurs avec les facteurs intra-sujets.

Les clusters 1 et 8 sont en opposition. Dans le cluster 1, les valeurs de la variable dépendante étaient toujours très bas sur l'échelle de réponses. Seul le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » n'a pas eu d'effet principal détectable ni d'effet combiné significatif. Le cluster 8 se caractérise pour tout le contraire, les valeurs de la variable dépendante, étaient toujours très hautes sur l'échelle de réponses. Ici, tous les facteurs sont significatifs, ainsi que les interactions « H*D » et « F*A*D ».

Le cluster 3 se caractérise par des valeurs de la variable dépendante toujours à proximité du centre de l'échelle des réponses. Le facteur « âge-identité du patient » n'a pas eu d'effet détectable. Cependant les interactions des facteurs « F*A », « H*A », « H*D », « F*A*D » et « H*A*D » ont eu un effet significatif.

Les clusters 2 et 4 sont appelés « totalement acceptables, mais sous conditions ». Pour le cluster 2, seulement lorsque ce sont des soins de chimiothérapie (Oncologie) et pour le cluster 4, seulement si l'hypnose se réalise en plus d'un traitement antalgique de palier I (paracétamol). Dans le cluster 2, seuls les facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière » ont eu un effet significatif. Dans le cluster 4, seuls les facteurs « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière », « formation reçue par l'hypnotiseur » et « âge-identité du patient » ont eu des effets significatifs. Dans le cluster 2, aucun effet dans les interactions des facteurs intra-sujets n'a été détecté. Dans le cluster 4, trois interactions ont été significatives : « F*H », « F*D » et « H*A*D ».

Les clusters 5, 6 et 7 sont dépendants d'un facteur intra-sujets. Dans le cluster 5, le jugement d'acceptabilité dépend principalement du facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, décrit à une situation de soins » avec $F(2,16)=13,5738$; $p=,0004$. Le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » a eu un effet principal significatif,

avec $F(1,8) = ,8059$; $p < ,0249$. Les interactions, « H*D » et « F*H*A*D » sont aussi significatives. Dans le cluster 6, le jugement d'acceptabilité dépend principalement du facteur « âge-identité du patient », avec $F(3,24) = 19,7221$; $p = 1,15E-06$. Les facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière », ainsi que l'interaction « A*D », sont aussi significatifs. Mais, ils apportent moins de poids dans les jugements émis par les participants. Dans le cluster 7, le jugement d'acceptabilité dépend principalement du facteur « âge-identité du patient », avec $F(1,20) = 295,60008$; $p = ,0000$. Les facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur », « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière » et « âge-identité du patient », ainsi que les interactions « F*A » et « F*H » ont eu aussi un effet significatif. Mais, ils apportent moins du poids dans les jugements émis par les participants.

Nous allons maintenant présenter une synthèse des effets combinés des facteurs intra-sujets sur les clusters.

4.4.3.2. Représentations des huit clusters en fonction des effets combinés des facteurs intra-sujets ayant sur les clusters ayant le plus de poids dans cette deuxième étude.

Après avoir effectué plusieurs analyses de variance et exploré les effets principaux et combinés des facteurs intra-sujets de notre étude, nous nous sommes intéressés aux interactions qui nous semblent les plus pertinentes pour expliquer les différentes positions des participants relatives au jugement de l'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Nous en présenterons dans un premier temps les résultats sur les *Figures 4.17 et 4.18*, ensuite nous présenterons une synthèse des principales caractéristiques des clusters en fonction de leurs représentations graphiques.

La *Figure 4.17* représente les résultats correspondants aux huit clusters identifiés tenant compte des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». La combinaison de ces facteurs n'est pas significative avec $F(14,380) = 2,54448$; $p = ,00169$, mais nous aide à expliquer le comportement des clusters sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

L'axe horizontal représente le facteur « **degré de douleur** évaluée par l'infirmière, traduit à un soin » selon les trois modalités (de gauche à droite) : « **entre 2 et 5**

sur 10, traduit à la réalisation d'une **toilette corporelle** », « **entre 4 et 7 sur 10**, traduit à la réalisation d'un **pansement avec nettoyage de plaie** » et « **entre 6 et 9**, traduit à l'**administration d'une chimiothérapie** ». L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité relatif aux scénarii. Les deux courbes représentent pour chacun de clusters les deux modalités du facteur « **formation reçue par l'hypnotiseur** ». La courbe pleine en bleu représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur formé dans une institution privée spécialisée en hypnose, mais pas reconnue par l'État ». La courbe rose en tirets représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'État ».

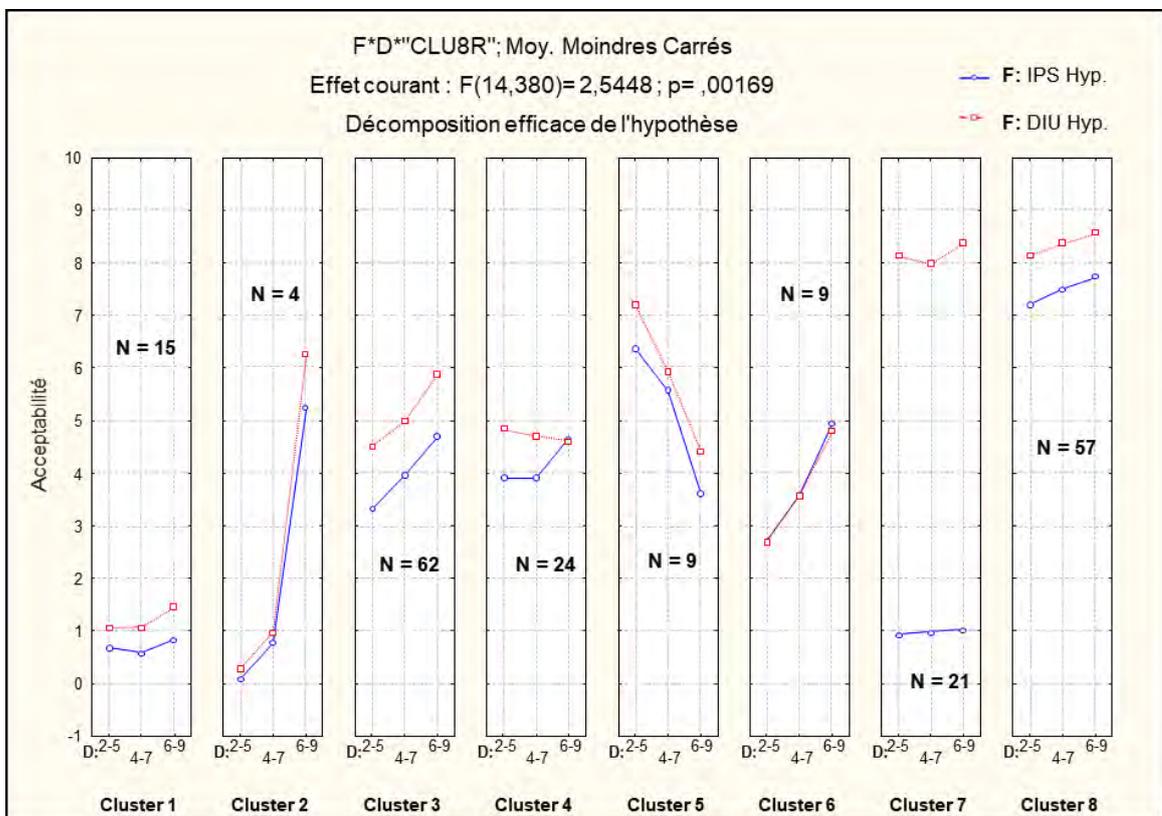


Figure 4-17. Effets combinés des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » « Clusters » dans la deuxième étude.

La Figure 4.18 représente les résultats correspondants aux huit clusters identifiés tenant compte des facteurs « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » et « âge-identité du patient ». La combinaison de ces facteurs n'est pas significative avec $F(14,380)=2,54448$; $p= ,00169$. Mais nous aide à expliquer le comportement des clusters sur le degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins.

L'axe horizontal représente le facteur « **âge-identité du patient** » selon les trois modalités (de gauche à droite) : « **45 ans, 10 ans, 21 ans-porteur de Trisomie 21 et 82 ans** » L'axe vertical représente le degré d'acceptabilité relatif aux scénarii. Les deux courbes représentent pour chacun de clusters les deux modalités du **facteur « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière »**. La courbe pleine en bleu représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « technique hypnose en substitution de l'antalgique de palier I (paracétamol) ». La courbe rose en tirets représente la moyenne d'acceptabilité pour la modalité « technique d'hypnose en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) ».

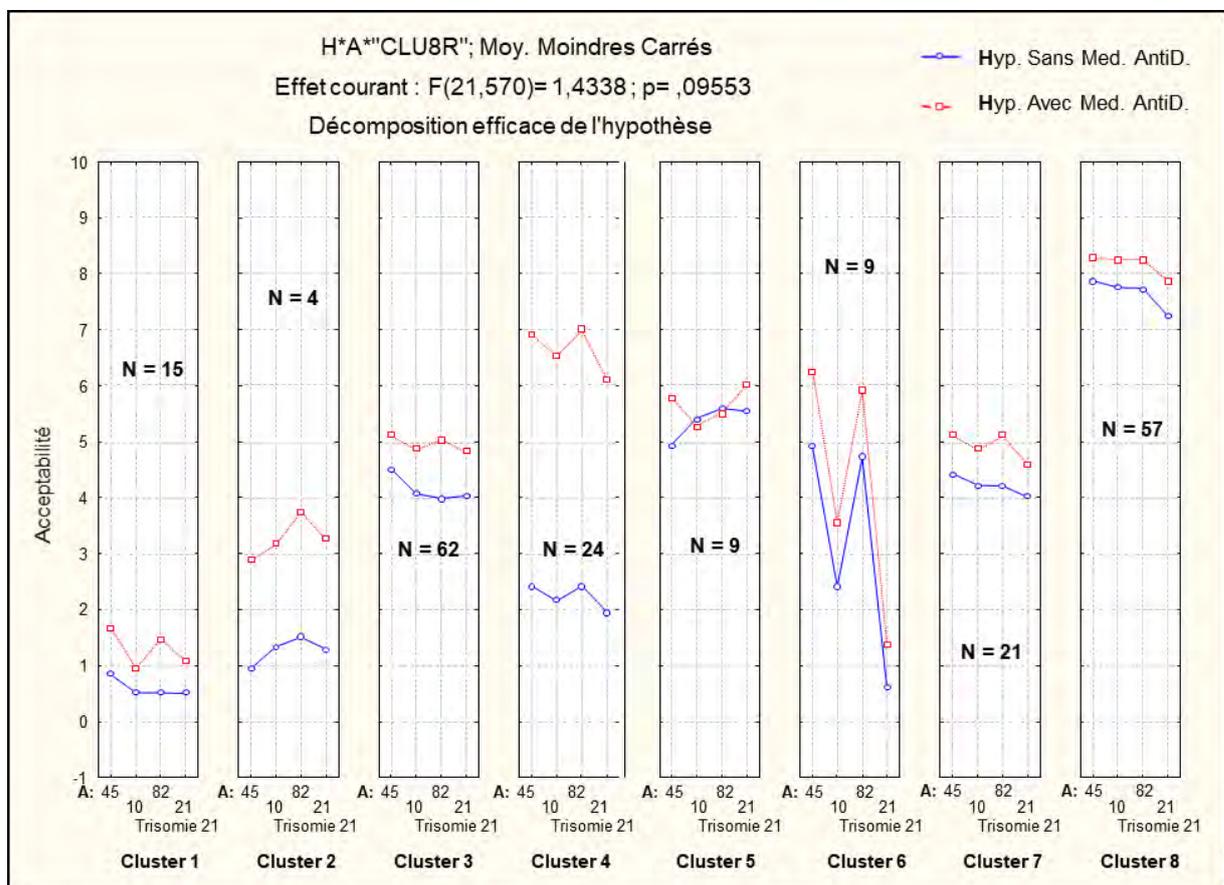


Figure 4-18. Effets combinés des facteurs « stratégie de traitement proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » « Clusters » dans la deuxième étude

Dans les deux graphiques, le « N » représente le nombre de participants constituant le cluster. Ainsi, nous retrouvons, pour le cluster 1, N=15 (7,46% du total des participants), pour le cluster 2, N=4 (1,99%), pour le cluster 3, N=62 (30,84%), pour

le cluster 4, N= 24 (11,94%), pour le cluster 5, N=9 (4,47%), pour le cluster 6=9 (4,47%), pour le cluster 7, N=21 (10,44%) et enfin, pour le cluster 8, N=57 (28,35%).

Nous pouvons observer dans l'ensemble des *Figures 4.17 et 4.18* que les tracés et donc les patrons de réponse sont très différents en fonction du cluster. Nous constatons donc un changement de règle algébrique d'intégration de l'information à chaque cluster (Anderson 2008, 2013). Le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par l'infirmière, concerne non seulement la manière de juger des participants des huit clusters identifiés, mais encore, les moyennes de leurs jugements émis.

Dans **le cluster 1 (hypnose jamais acceptable)** qui regroupe 15 participants (7,46% du total de participants), toutes les courbes, tant dans la *Figure 4.17* que dans la *Figure 4.18*, présentent une moyenne d'acceptabilité très basse, largement en dessous de la moyenne. Ces résultats montrent que les 15 participants de ce cluster considèrent comme très peu acceptable que l'infirmière propose une technique d'hypnose, que ce soit à la place ou en plus d'une prise d'antalgique de palier I (paracétamol) pour soulager la douleur du patient lors de la réalisation d'un soin infirmière en postopératoire. Nous constatons aussi que quelque soit la formation reçue par l'hypnotiseur (professionnel de santé ou pas) (cf. *Figure 4.17*), le degré d'acceptabilité est aussi très bas. Concernant le facteur « âge-identité du patient » (cf. *Figure 4.18*), le degré d'acceptabilité est plus élevé, bien que restant toujours inacceptable. De même, pour le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » (cf. *Figure 4.17*). Proposer de l'hypnose est resté inacceptable, quand le patient est très douloureux (entre 6 et 9 sur 10), c'est-à-dire quand l'infirmière doit réaliser un soin potentiellement très douloureux : un soin de chimiothérapie. Les professionnels de santé, médecins (22,22%) et infirmières (9,89%), étaient plus nombreux que les personnes issues du grand public (5,14%) (cf. *Annexe 15*).

En ce qui concerne **le cluster 2 (hypnose totalement acceptable si la technique se réalise lors des soins oncologiques)**, comme un soin de chimiothérapie, les tracés sont très différents dans les deux graphiques (cf. *Figure 4.17 et Figure 4.18*). Nous constatons que le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins est très élevé quand il s'agit d'un soin oncologique potentiellement douloureux (degré d'acceptabilité au-dessus de la moyenne) (cf. *Figure 4.17*). Cependant, quand il s'agit d'un soin potentiellement moins douloureux, comme une toilette corporelle, les participants ont jugé comme étant inacceptable de soulager la douleur avec une technique d'hypnose (cf. *Figure 4.18*). Il

n'y a pas de différence dans la manière de juger des participants, mais dans les moyennes. Nous constatons aussi dans ce graphique (cf. *Figure 4.17*) que le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » n'a presque pas d'effet sur le jugement des participants. Les courbes très rapprochées suivent le même tracé. En effet, dans ce cluster ce facteur n'était pas significatif, avec $F(1,3)=2,6593$; $p=,20143$. Les participants de ce cluster, 3 infirmières (3,30%) et 1 personne du grand public (1,29%) s'accordent aussi à dire que soulager la douleur avec une technique d'hypnose est plus acceptable quand cela se réalise en plus du traitement prescrit par le médecin, soit un antalgique de palier I (paracétamol) (cf. *Figure 4.18*). Concernant « l'âge-identité du patient », ce cluster change la règle algébrique, les participants ont jugé moins acceptable de soulager par hypnose quand il s'agit d'un adulte de 45 ans. Les infirmières sont plus nombreuses (3,30%).

En observant les graphiques du **cluster 3 (hypnose sous réserve)**, nous constatons un groupe de personnes qui ne se positionnent pas vraiment. Leurs jugements restent autour de la moyenne, en augmentant ou diminuant très légèrement en fonction de la formation reçue par l'hypnotiseur (cf. *Figure 4.17*) ou de la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière (cf. *Figure 4.18*). Ainsi, le degré d'acceptabilité est très légèrement plus élevé chez les participants qui sont d'accord avec la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière quand cette technique est faite en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol) (cf. *Figure 4.18*). Le degré d'acceptabilité est aussi légèrement plus élevé quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire reconnu par l'État (cf. *Figure 4.17*). Nous constatons ici aussi, un changement de règle lorsque la douleur est importante, entre 6 et 9 (règle disjonctive) étant également acceptable de soulager la douleur autant si l'hypnotiseur est formé pas par l'Université ou non. C'est le cluster le plus nombreux, 62 participants (30,84% du total de participants). Les psychologues sont majoritaires à être dans ce groupe (60%).

Nous nous sommes également penchés sur les caractéristiques du **cluster 4 (hypnose totalement acceptable si la technique se réalise en plus du traitement antalgique)**. C'est un cluster où les infirmières (14,29%) sont le double des personnes du grand public (7,79%). Mais, ce sont les médecins qui représentent ce cluster (22,22%). Ici, nous constatons un changement de règle lorsque la douleur est importante, entre 6 et 9 (règle disjonctive) étant également acceptable de soulager la douleur lorsque l'hypnotiseur est formé par l'Université que dans une institution privée (cf. *Figure 4.17*). Dans la *Figure 4.18*, nous observons deux tracés qui diffèrent par leurs

moyennes, étant plus élevés quand l'infirmière propose une technique d'hypnose en plus du traitement antalgique de palier I (paracétamol). Nous constatons aussi qu'il n'y a pas de différence dans la manière de juger des participants. En effet, nous voyons deux courbes bien écartées avec un tracé similaire. Ils suivent la même règle, si ce n'est qu'il est moins acceptable la technique d'hypnose pour le jeune de 21 ans porteur de Trisomie 21.

Le cluster 5 (hypnose dépendant de la douleur) est composé majoritairement de participants du grand public (9,09%). Restant absents les aides-soignantes, les psychologues et les médecins. En observant le graphique de la *Figure 4.17*, nous constatons que le degré d'acceptabilité est beaucoup plus important quand le patient présente un degré de douleur bas (entre 2 et 5 sur 10) ou dans le cas où l'infirmière réalise un soin potentiellement jugé comme moins douloureux, ici, le cas de la toilette corporelle. Seul le score correspondant au degré le plus haut de douleur (entre 6 et 9 sur 10) reste en dessous de la moyenne. Nous constatons aussi (cf. *Figure 4.18*) aussi que les participants ne tiennent pas vraiment compte de l'âge-identité de la personne ($F(3,24) = ,7351$; $p = ,5413$), ni de la stratégie par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière ($F(1,8) = ,8059$; $p = ,3955$).

Dans **le cluster 6 (hypnose dépendant de l'identité)**, nous retrouvons sensiblement le même nombre d'infirmières (5,49%) que de personnes du grand public (5,19%). Nous constatons que le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins est élevé (très près de la moyenne) quand il s'agit d'un soin potentiellement douloureux (entre 6 et 9 sur 10) (cf. *Figure 4.17*). Cependant, quand il s'agit d'un soin potentiellement moins douloureux, comme une toilette corporelle, le degré d'acceptabilité est plus bas (en dessous de la moyenne) (cf. *Figure 4.17*). Dans ce cluster, comme dans le cluster 2, il n'y a pas de différence dans la manière de juger des participants, mais dans les moyennes. Nous constatons aussi dans ce graphique (cf. *Figure 4.17*) que le facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » n'a presque pas d'effet sur le jugement des participants. Les courbes très rapprochées suivent le même tracé. En effet, dans ce cluster ce facteur n'était pas significatif, avec $F(1,3) = ,3366$; $p = ,25766$.

Comme le facteur « âge-identité de la personne », les deux courbes (cf. *Figure 4.18*) sont fortement semblables. Les participants ont émis leurs jugements d'acceptabilité de la même manière. La différence étant dans les moyennes avec $F(3,24) = 19,7221$; $p = ,0000$. Les participants de l'étude ont jugé comme n'étant jamais acceptable de réaliser une technique d'hypnose chez une personne de 21 porteuse de

Trisomie 21. C'est précisément ce résultat qui caractérise ce cluster. Nous constatons aussi un degré d'acceptabilité très peu élevé quand il s'agit d'un enfant de 10 ans. A contrario, les degrés d'acceptabilité sont plus élevés quand il s'agit, d'un adulte de 45 ans, un peu moins pour une personne âgée de 82 ans.

La stratégie de traitement par l'utilisation d'une technique d'hypnose proposée par l'infirmière (cf. *Figure 4.18*) a aussi un effet significatif sur le jugement d'acceptabilité des participants, avec $F(1,8)=9,9961$; $p=,0000$. En effet, nous pouvons noter que lorsque l'infirmière a pris la décision d'utiliser une technique d'hypnose à la place du traitement antalgique, le degré d'acceptabilité diminue.

Ensuite, nous nous sommes penchés sur **le cluster 7 (hypnose dépendant de la formation)**. 21 participants se retrouvent dans ce cluster (10,44% du total de participants), la plupart sont des médecins (22,22%). Dans ce groupe, il n'y a pas de psychologues. Dans la *Figure 4.17* nous observons deux tracés qui diffèrent par leurs moyennes, étant plus élevés quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire reconnu par l'État. Nous constatons aussi qu'il n'y pas de différence dans la manière de juger des participants. En effet, nous constatons deux courbes bien écartées avec un tracé similaire. Ils suivent la même règle, si ce n'est que la technique d'hypnose est légèrement plus acceptable quand le degré de douleur est plus important (entre 6 et 9 sur 10). Pour ce qui concerne la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière (cf. *Figure 4.18*), le degré d'acceptabilité est un peu plus élevé chez les participants qui sont d'accord avec la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière quand cette technique est faite en plus de l'antalgique de palier I (paracétamol).

Enfin, **le cluster 7 (hypnose toujours acceptable)**, le deuxième cluster le plus nombreux, avec 57 participants (28,35% du total). Ce groupe considère comme très acceptable que l'infirmière propose une technique d'hypnose pour soulager la douleur du patient lors de la réalisation d'un soin infirmier, en postopératoire, à la place d'un antalgique ou en supplément (cf. *Figure 4.18*). Nous constatons aussi que, quelle que soit la formation reçue par l'hypnotiseur (professionnel de santé ou non), le degré d'acceptabilité est très haut (cf. *Figure 4.17*). Un autre constat qui peut être fait, au regard de la *Figure 4.17* concerne l'âge, avec une légère baisse de l'acceptabilité quand il s'agit d'une personne porteuse de Trisomie 21. Pour le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » (cf. *Figure 4.17*), les trois scores restent au même niveau quand l'hypnotiseur est formé dans une institution privée, non reconnue par l'État. Alors qu'ils sont plus élevés quand l'hypnotiseur est formé à l'université

avec un Diplôme reconnu par l'État. Ce cluster est clairement représenté par les aides-soignantes (42,11%), puis le grand public (31,36%), les infirmières (24,18%), les médecins (22,22%) et enfin, les psychologues (20%).

En synthèse

Nous avons observé sur ces deux graphiques (cf. *Figure 4.17 et 4.18*) les huit types de jugement en fonction des huit clusters représentant les participants de cette deuxième étude. Pour eux, la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière reste un facteur important et cela, quel que soit leur jugement. En effet, les participants de notre étude ont jugé plus acceptable que l'infirmière propose la réalisation d'une technique d'hypnose en plus du traitement antalgique de palier I (paracétamol). Ne pas donner l'antalgique prescrit au patient pour soulager sa douleur aiguë induite par les soins postopératoires paraît inacceptable pour la majorité des participants.

En tenant compte du facteur « âge-identité du patient », nous constatons qu'ils sont tous d'accord (sauf 2 infirmières et 7 personnes du grand public, du cluster 5) pour dire qu'il est plus acceptable de proposer l'hypnose aux patients adultes (en premier, c'est plus acceptable pour les patients de 45 ans, puis pour les personnes âgées). Il semblerait aussi que proposer la technique d'hypnose à un patient atteint d'une pathologie mentale, comme c'est le cas du jeune de 21 ans porteur de Trisomie 21, est moins acceptable.

Pour la grande majorité des participants (sauf pour les 9 participants du cluster 6, 5 infirmières et 4 personnes du grand public) il s'avère que la réalisation d'une technique d'hypnose par un hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, reconnu par l'Etat, est plus acceptable.

En ce qui concerne le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin » les positions des participants différents. Ainsi pour les participants des clusters 1, 2, 3, 6, 7 et 8, il est plus acceptable de soulager aux patients douloureux quand le degré de douleur est élevé (entre 6 et 9 sur 10). À savoir que le degré de douleur a été traduit à un soin potentiellement très douloureux, qui peut être associé à des représentations sociales en lien avec la gravité de la maladie, la mort, la souffrance (douleur physique et psychique), etc. Pour les participants du cluster 5, ce pattern est inversé. En effet, pour eux, il est plus acceptable de soulager par hypnose les patients quand le degré de douleur est bas (entre 2 et 5). Pour les participants qui ont jugé plus acceptable qu'une technique d'hypnose soit réalisée par un hypnotiseur formé à l'Uni-

versité (Diplôme reconnu par l'État). Pour ceux du cluster 4, il est aussi plus acceptable de proposer l'hypnose aux patients dont le degré de douleur est bas (entre 2 et 5).

Nous pouvons donc conclure que les facteurs ayant le plus du poids sont « la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » avec $F(1,197)=105,27$; $p=,0000$ et « la formation reçue par l'hypnotiseur » avec $F(1,197)=78,27$; $p=,0000$.

4.5. DISCUSSION

Dans notre première hypothèse nous nous attendions à que les participants donnent des poids différents aux quatre facteurs intra-sujets de notre étude pour juger du degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Les quatre facteurs étudiés dans nos 48 scénarii sont : « la formation reçue par l'hypnotiseur », « la stratégie de traitement par la technique d'hypnose proposée par l'infirmière », « l'âge-identité du patient » et « le degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin ». D'un point de vue général, les résultats obtenus montrent que les quatre facteurs ont été pris en compte dans le jugement émis par les participants. En effet, nous constatons que quand les facteurs sont retrouvés de manière isolée, les participants ont accordé la même importance à chacun d'entre eux. Ceci révèle bien qu'ils ont, globalement, des difficultés à privilégier un facteur plus qu'un autre. Ce constat n'est pas inattendu puisque les gens n'ont sur l'hypnose que des connaissances incomplètes, imprécises, pas issues de sources scientifiques. Parler d'hypnose est donc parler d'une thématique ambiguë, où il existe des opinions différentes. C'est une pratique qui n'est pas tout à fait nouvelle dans l'histoire de l'humanité, qui ne fait pas l'unanimité, qui donne naissance à différentes approches qui se confrontent (Melchior, 2010). Elle reste donc encore inconnue pour la plupart des personnes. Au regard de cette problématique, nous suggérons la proposition faite par l'équipe de Capafons et al (2008), qui mettaient en évidence l'intérêt des informations précises et scientifiques données à la population sur l'hypnose.

Nous pensons que les différentes moyennes d'acceptabilité sont nuancées par des diverses caractéristiques inhérentes à la situation décrite et liées aux facteurs intra-sujets. À savoir, par exemple, un problème de concept. Ainsi, nous avons parlé du fait que l'hypnotiseur peut être un professionnel non issu du champ de la santé, et les

participants ont pu, peut-être, relier ce vocable à « hypnose pour tout » et non seulement pour soulager la douleur. Le terme plus précis pour définir l'hypnose dont la fin est de soulager la douleur, est « hypnoanalgésie »

Le facteur « âge-identité du patient » semble avoir des différences en ce qui concerne ses modalités. D'une part, les participants ont donné plus de poids aux modalités en lien avec l'âge adulte, ou personne âgée. Le degré d'acceptabilité étant au-dessus de la moyenne générale. D'autre part, les participants ont considéré moins acceptable de proposer une technique d'hypnose quand il s'agit des enfants (modalité 10 ans et 21 ans-porteur de Trisomie 21). Le degré d'acceptabilité étant en dessous de la moyenne générale.

C'est surtout dans l'interaction des facteurs que nous constatons que des poids différents ont été donnés par les participants. Ainsi, nous retrouvons, par ordre croissant, l'interaction des facteurs « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement d'hypnose proposée par l'infirmière », « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » et enfin, « formation reçue par l'hypnotiseur » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Les facteurs prédominants dans ces interactions sont « la formation reçue par l'hypnotiseur » et « la stratégie de traitement proposée par l'infirmière ». Il semble donc que le degré d'acceptabilité des participants soit peu dépendant du « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et de « l'âge-identité du patient ».

L'importance du facteur « formation reçue par l'hypnotiseur » pourrait être expliquée par le fait qu'en pratique, l'hypnose n'est pas encore réglementée par l'État. Il n'y a donc pas de législation qui l'encadre. Par ailleurs, c'est un thème qui continue à provoquer inquiétude et réticence dans la société actuelle. De plus, les formations universitaires sont faites, aujourd'hui, pour les professionnels de santé, notamment médecins et infirmières. Ces professionnels étant privilégiés, le grand public suivra des formations en hypnose dans des institutions privées, qui ne sont pas reconnues ni par l'État ni par l'Ordre des médecins. D'ailleurs, les médecins ne sont pas autorisés à mentionner cette pratique sur leurs plaques professionnelles, et encore moins sur leurs prescriptions en lien avec la douleur, l'hypnoanalgésie. Nos résultats vont dans ce sens : aucun médecin ne s'est retrouvé dans le cluster « hypnose acceptable dépendant de la douleur ». Les assurances maladie ne la prennent pas non plus en charge. En pratique clinique, la reconnaissance par l'État de la formation reçue par l'hypnotiseur, a un poids important, notamment dans les unités de soins intensifs. Ainsi, dans

l'étude de Berger et al (2010), nous constatons que l'infirmière formée à l'hypnose a suivi une formation de trois années, supervisée par un psychiatre.

Le facteur « stratégie de traitement par hypnose, proposée par l'infirmière » a une influence importante. Il semble donc que le degré d'acceptabilité relevé par les participants soit dépendant du traitement du patient. En effet, les participants de notre étude ont jugé plus acceptable que l'infirmière propose la réalisation d'une technique d'hypnose en plus du traitement antalgique de palier I (paracétamol). Ne pas donner l'antalgique prescrit au patient pour soulager sa douleur aiguë induite par les soins postopératoires semblerait inacceptable pour la majorité des participants. Ceci s'avère indiscutable pour notre échantillon. Ce résultat va dans le sens de la littérature, qui suggère que l'hypnose doit être faite comme co-adjuvante d'un traitement médical (Berger et al., 2010).

Le facteur « degré de douleur évalué par l'infirmière traduit à un soin » prend son sens quand le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins est très élevé. Il s'agit donc d'un soin oncologique potentiellement très douloureux (degré d'acceptabilité au-dessus de la moyenne). Cependant, quand il s'agit d'un soin potentiellement moins douloureux, comme une toilette corporelle, les participants ont jugé comme étant moins acceptable de soulager la douleur avec une technique d'hypnose. Le soin de chimiothérapie évoque la maladie grave, la mort, la souffrance physique et psychologique, l'anxiété et de ce fait, peut-être, les participants ont jugé à des niveaux d'acceptabilité plus élevés. Les études ont montré que dans le cas de soins oncologiques l'hypnose peut être un outil qui vient compléter la médecine occidentale traditionnelle (Read et al., 1984). Dans ces travaux, l'hypnose a permis de contrôler les symptômes liés aux effets indésirables de la chimiothérapie, comme les nausées et les vomissements. En outre, certaines chimiothérapies anticancéreuses sont connues pour induire des neuropathies à distance (Coutaux & Collin, 2008) ce qui peut rendre plus difficile la gestion de la douleur.

Le facteur « âge-identité du patient » a un comportement très particulier. Ses courbes se caractérisent par des moyennes d'acceptabilité plus élevées quand il s'agit des adultes, puis l'enfant de 10 ans et enfin, la personne porteuse de Trisomie 21. Dans sa modalité 4, nous avons intégré l'atteinte mentale « Trisomie 21 » chez un jeune de 21 ans. Nos résultats ont montré que proposer une technique d'hypnose à un patient atteint d'une pathologie mentale, comme c'est le cas du jeune de 21 ans porteur de Trisomie 21, est moins acceptable. À ce sujet, nous n'avons pas défini le

degré de l'atteinte, c'est-à-dire le degré de gravité du retard mental. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que le retard mental de ce jeune de 21 ans n'a pas été qualifié de sévère puisque les moyennes d'acceptabilité sont plutôt élevées. Seul le cluster 6, composé de 9 personnes ont donné des niveaux d'acceptabilité très bas quand la technique d'hypnose est proposée pour le jeune de 21 ans atteint d'un retard mental (Trisomie 21). Ces résultats vont dans le sens des résultats de l'étude précédente sur le degré d'acceptabilité de l'accès à la parentalité pour des personnes atteintes d'un handicap mental parmi le grand public français (Pajot, Muñoz Sastre, Nacher & Muller, 2015). Les chercheurs avaient intégré dans leur étude un facteur concernant « le degré de retard mental », dans lequel ils avaient proposé la modalité « Trisomie 21 ». Les résultats ont montré que le degré d'acceptabilité est globalement plus élevé lorsque le retard mental est léger plutôt que sévère. Il semblerait donc que nos participants ont jugé que le degré d'acceptabilité de la modalité « 21 ans-Trisomie 21 » soit plutôt élevé. Ce retard a été donc qualifié de léger. En ce qui concerne les autres modalités du facteur « âge-identité du patient » (45 ans, 10 ans et 82 ans), les études ont montré que l'hypnose est efficace (Vlieger, 2007).

Nous avons émis l'hypothèse que le statut des répondants professionnels de santé ait un impact spécifique sur le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose. Cependant, nos résultats ont montré que ce n'est pas le cas. Nous avons eu des résultats complètement inattendus. Ils doivent être interprétés avec prudence puisque d'une part, notre échantillon ne représente qu'une petite partie de la population, 91 infirmières, 19 aides-soignantes, 5 psychologues et 9 médecins. De plus, par rapport à la répartition des infirmières dans les clusters, nous retrouvons le même nombre d'infirmières que de personnes du grand public dans le cluster 3, dont la caractéristique est de ne pas être positionné, et dans le cluster 8, dont la caractéristique est d'être antiaristotélique (toujours acceptable). Il serait intéressant de rechercher dans une prochaine étude leurs connaissances, leurs attitudes et leurs croyances à l'égard de l'hypnose afin d'établir des relations causales entre ces résultats et les points qui différencient les professionnels. Nous pouvons aussi expliquer ces résultats au regard de la Théorie de comportement social ou Théorie raisonnée d'Ajzen et Fishbeins (1980), évoquée dans les travaux de Hawkins et Bartsch (2000). Cette théorie affirme que les personnes ont un comportement considéré comme étant de l'ordre du social, c'est-à-dire que le comportement est socialement acceptable.

Nous arrivons à une hypothèse centrale dans notre étude, selon laquelle, nous nous attendons à que les participants soient classifiés en plusieurs clusters en fonction

du poids accordé à chacun des quatre facteurs présents dans l'étude. Nous attendions donc à avoir autant de clusters que de patrons de réponse des participants. Nous avons constaté lors de l'analyse en cluster qu'il y a plusieurs patterns de réponse bien différents. Au regard de nos résultats, en effet, nous avons constaté qu'il y a huit clusters en fonction du poids donné par les participants à chacun des quatre facteurs, alors que nous nous attendions à avoir au moins trois positions différentes. Les huit positions différentes identifiées sont en accord avec les autres résultats de notre étude et en lien avec le caractère ambigu de la thématique étudiée pour les participants, pour lesquels il a été difficile de se positionner.

Le cluster 1 « hypnose jamais acceptable » correspond au groupe dont les jugements d'acceptabilité sont très bas pour toutes les modalités, et cela, quelles que soient les circonstances. Les participants, dans ce groupe, ont pris en considération trois facteurs : « la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière », « l'âge-identité du patient » et « la formation reçue par l'hypnotiseur ». L'acceptabilité est très légèrement élevée quand la formation de l'hypnothérapeute est reconnue par l'État. Ce cluster représente seulement 7,46% du total des personnes participant à l'étude. Il semblerait donc que l'hypnose puisse ne pas correspondre à l'opinion qu'ils en ont. En outre, ces personnes pourront être en désaccord avec la loi du 4 mars de 2002, ainsi qu'avec les droits des patients à être soulagés de leurs douleurs. Nous en déduisons que la valeur éthique de ce groupe est en accord avec le principe de non-malfaisance. C'est-à-dire, le soulagement de la douleur passe après le principe de protection des patients par une technique qui aujourd'hui n'est pas tout à fait acceptée, par l'ordre de médecins.

Le cluster 8 « hypnose toujours acceptable » correspond au groupe dont les jugements d'acceptabilité sont très hauts pour toutes les modalités, et cela, quelles que soient les circonstances. Ce groupe s'oppose au cluster 1. Les participants, dans ce groupe ont pris en considérations les quatre facteurs, « la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière », « l'âge-identité du patient », « la formation reçue par l'hypnotiseur » et « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Ils ont également pris en considération deux interactions de facteurs : « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Nous observons que le degré d'acceptabilité est très légèrement plus élevé quand la formation reçue par l'hypnotiseur est reconnue par l'État. Ce cluster représente, 28,35% du

total des participants à l'étude. Il semblerait donc que l'hypnose puisse correspondre totalement à leurs valeurs, et donc être un moyen tout à fait acceptable en toutes circonstances pour soulager la douleur. En outre, ces personnes pourront être en accord avec la loi du 4 mars 2002, ainsi qu'avec les droits des patients à être soulagés de leurs douleurs par tous les moyens qui peuvent être mis en oeuvre par les professionnels de santé. Nous en déduisons que la valeur éthique de ce groupe est en accord avec le principe de justice, mais aussi d'autonomie. C'est-à-dire que le soulagement de la douleur par l'hypnose est un des moyens des professionnels, et les patients doivent pouvoir en bénéficier, et cela même si l'ordre de médecins n'y est pas tout à fait favorable et qu'il n'y a pas de législation au sujet de l'hypnose.

Le cluster 3 « hypnose sous réserve », correspond au groupe dont les jugements d'acceptabilité sont presque au centre de l'échelle de réponses. Les participants, dans ce groupe ont pris en considération trois facteurs, « la stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière », « la formation reçue par l'hypnotiseur » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Ils ont pris, également en considération, cinq interactions de facteurs : « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » ; « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » ; « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » ; « formation reçue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et enfin, « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Ici, le degré d'acceptabilité est légèrement plus élevé quand l'hypnotiseur est titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire reconnu par l'Etat et quand le degré de douleur est plus important (entre 6 et 9 sur 10). C'est un cluster majoritaire, qui représente 30,84% du total des personnes participant à l'étude. Il semblerait donc que l'hypnose puisse faire partie du soin ou pas, selon les circonstances. De plus, ces participants n'ont pas établi un lien direct entre le soulagement de la douleur d'une personne en souffrance et l'application d'une technique d'hypnose. En outre, ces personnes pourront parfois être en désaccord avec la loi du 4 mars 2002. De même en ce qui concerne les droits des patients à être soulagés de leurs douleurs. C'est-à-dire que pour ces personnes, le soulagement de la douleur passe après le principe de protection des patients par une technique qui aujourd'hui n'est pas tout à fait acceptée, par l'ordre de médecins, sauf en certaines circonstances. En conclusion, ce

cluster se caractérise par l'autonomie des personnes et le libre accès aux soins d'hypnose pour les personnes ayant besoin d'être soulagées.

Les clusters 2 et 4, sont les « hypnose totalement acceptable mais sous conditions ». Chez les participants du cluster 2, l'hypnose est acceptable seulement pour les soins de chimiothérapie et dans le cluster 4, seulement si l'hypnose se réalise en plus d'un traitement antalgique de palier I (paracétamol). Dans le cluster 2, seuls les facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière » ont eu un effet significatif. Dans le cluster 4, seuls les facteurs « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière », « formation reçue par l'hypnotiseur » et « âge-identité du patient » ont eu un effet significatif. Dans les deux clusters, aucun effet dans les interactions des facteurs intra-sujets n'a été détecté. Les participants du cluster 2 représentent, seulement 1,99% des participants à l'étude, alors que le cluster 4 représente 11,94%. Les deux clusters, balancent entre les principes de justice, d'autonomie et de non-malfaisance. Il y a donc une partie des participants qui sont d'accord pour dire que le soulagement de la douleur a un lien direct avec les soins aux degrés de douleurs très élevés, c'est-à-dire principalement les soins oncologiques (cluster 2), mais aussi avec une aide co-adjuvante dans le soulagement de la douleur (cluster 4).

Les clusters 5, 6 et 7, sont « les dépendants de la douleur » (cluster 5), « de l'identité » (cluster 6) et de « la formation » (cluster 7). Dans le cluster 5, deux facteurs sont significatifs, « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « la formation reçue par l'hypnotiseur » et deux interactions : « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin » et « formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » * « âge-identité du patient » * « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Dans le cluster 6, seuls les facteurs « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin », « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière » et « âge-identité du patient » ont eu un effet significatif. Dans le cluster 7, les facteurs avec un effet significatif sont : « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière », « formation reçue par l'hypnotiseur » et « âge-identité du patient ». De plus, nous retrouvons aussi des effets dans les interactions : « la formation reçue par l'hypnotiseur » * « stratégie de traitement par hypnose proposée par l'infirmière » et « la formation re-

cue par l'hypnotiseur » * « âge-identité du patient ». Les participants du cluster 5 représentent, 14,47% du total des participants de l'étude. Dans le cluster 6, il y a 4,47% des participants et 8% dans le cluster 7. Dans ces trois clusters, les principes éthiques mis en œuvre sont le principe de justice et d'autonomie qui ont été mis en balance avec le principe de non-malfaisance. Il y a donc une partie des participants qui s'accordent à dire que le soulagement de la douleur a un lien direct avec la douleur évaluée par l'infirmière (cluster 5). Cependant, ils n'ont pas préjugé une association forte avec la formation reçue par l'hypnotiseur. Si le patient est en souffrance, il faut le soulager avec une technique d'hypnose, sans qu'importe la formation reçue par l'hypnotiseur. Dans le cluster 6, une partie de la population a fait le lien direct avec l'identité de la personne. Ici, l'association avec le degré de douleur évalué par l'infirmière et la stratégie de traitement mise en place n'ont pas une association forte. Le soulagement de la douleur avec une technique d'hypnose se fait en fonction de l'âge du patient, peu importe la douleur qu'il présente ou la proposition de soulagement de l'infirmière. Chaque patient est unique et doit au respect (principe de justice). Dans le cluster 7, le lien direct se fait avec la formation reçue par l'hypnotiseur. Ici, l'association avec la stratégie proposée par l'infirmière n'est pas forte. De même, pour l'association avec l'âge-identité de la personne. Ce qui importe vraiment, c'est la formation reçue par l'hypnotiseur. Ces résultats sont intéressants et nous permettent de voir des positionnements très forts. Ainsi, quand l'infirmière dispense des soins, le principe de justice stipule que des patients dans des situations semblables devraient avoir accès aux mêmes soins et que lorsque l'infirmière soulage la douleur d'un patient, l'impact sur un autre patient doit être évalué en fonction de la priorité qu'il en donne, l'âge-identité, la formation reçue par l'hypnotiseur ou le degré de douleur évalué par elle.

Nous avons aussi émis l'hypothèse que le jugement des participants devrait être différent selon l'effet des variables individuelles (l'âge, le sexe, la profession, l'expérience d'hypnose...). En réponse à cette dernière hypothèse, les résultats nous ont montré que les variables individuelles ne sont pas significatives. Aucun facteur inter-sujets n'a été significatif. Ces résultats sont à prendre avec précaution, à cause d'une part du nombre de participants composant les clusters et d'autre part de la distribution des participants dans ceux-ci. En effet, nous avons identifié un cluster formé par 4 participants, deux avec 9 participants chacun et puis, 15 participants. De plus, les aides-soignantes ne sont pas représentées dans les clusters 1, 2 5 et 6. De même pour les psychologues, qui ne sont pas représentées dans les groupes 1, 2, 5, 6 et 7. Les médecins ne sont pas représentés dans les clusters 2, 5 et 6. Concernant le facteur âge,

nos résultats vont dans le sens de l'étude réalisée par Barling et al (2004) qui montrait qu'il n'y avait pas de significativité liée à l'âge des participants. Il n'en va pas de même pour le facteur, « expérience avec l'hypnose ». Nos résultats différents de ceux de Barling et al (2004).

En conclusion nous pouvons nous avancer à dire que la proposition faite par l'infirmière d'utiliser une technique d'hypnose pour soulager la douleur induite par les soins, dépend de la situation du patient (Berger et al., 2010), en fonction de son âge, de son degré de douleur et du type de soin à réaliser. En pratique, les infirmières ont besoin des jugements moraux réalistes basés sur l'idéal (droits et devoirs) pour prendre de bonnes décisions (Kim et al., 2007).

4.6. CONCLUSION

Notre recherche s'inscrit dans le domaine de la Psychologie cognitive, appliquée à la Psychopathologie Clinique et à la Psychologie Clinique de la Santé. Son objectif était d'étudier le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs (professionnels de santé ou pas), dans la gestion de la douleur aiguë postopératoire induite par les soins réalisés par les infirmières et tel qu'il est perçu par les professionnels de santé, infirmières, médecins, psychologues et aides-soignantes, ainsi que pour les citoyens lambda, le grand public.

L'analyse de résultats a révélé l'impact de quatre facteurs sur le degré d'acceptabilité des participants : « stratégie de traitement par l'utilisation de l'hypnose proposée par l'infirmière », « formation reçue par l'hypnotiseur », « âge-identité du patient » et « degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Les participants, à l'aide d'un carnet de 48 vignettes, ont attribué des poids différents à chacun des facteurs. Nous avons constaté que, quand les facteurs sont pris isolément, les participants ont accordé la même importance à chacun d'entre eux. Cependant, c'est dans l'interaction des facteurs que les participants de l'étude ont attribué des poids différents. Les facteurs ayant le plus de poids sont « la stratégie de traitement » et « la formation reçue par l'hypnotiseur » suivis par « l'âge-identité du patient » et « le degré de douleur évalué par l'infirmière, traduit à un soin ». Le plan expérimental que nous avons suivi, F2*H2*AI4*DD3, nous a permis d'observer le jugement d'acceptabilité du soulagement de la douleur à l'aide de la technique d'hypnose.

Après avoir réalisé plusieurs analyses de variance à l'aide du logiciel STATISTICA, nous avons identifié 8 clusters, ce qui nous a permis de constater huit

patterns différents. Le premier cluster adopte une position totalement contre l'utilisation de l'hypnose avec des notations très basses sur l'échelle d'acceptabilité. Ce cluster adopte un positionnement totalement contraire au cluster 8, où les participants ont émis des jugements d'acceptabilité très élevés. Ces derniers sont donc toujours d'accord avec l'utilisation de la technique d'hypnose pour soulager la douleur et cela en toute circonstance.

Le cluster 3 se positionne autour des valeurs centrales de l'échelle d'acceptabilité avec des variations légèrement significatives. Pour eux, soulager la douleur du patient est soumis à des réserves.

Les clusters 2 et 4, acceptent la proposition de l'infirmière de soulager la douleur aiguë induite par les soins, mais « sous conditions ». Les clusters 5, 6 et 7, sont « les dépendants de la douleur » (cluster 5), « de l'identité » (cluster 6) et de « la formation » (cluster 7).

En ce qui concerne les facteurs inter-sujets dans notre étude, aucune significativité n'a été constatée. Nous n'avons pas non plus trouvé de différences entre les professionnels de santé et le grand public.

Notre étude, inédite dans la littérature, présente quelque ressemblance avec des travaux déjà réalisés, parmi ceux utilisant la méthodologie de N.H. Anderson, notamment en ce qui concerne le principe de bienveillance. Rappelons-nous que nous avons défini ce principe dans le *sous-chapitre 1.4*, comme la mise en œuvre des services et des moyens de soins adaptés à la situation singulière du patient, afin d'améliorer sa santé physique et psychologique (VanderCreek, 2004). Dans notre thématique, cela se traduit par la mise en œuvre par l'infirmière de moyens non médicamenteux (en plus ou en substitution d'un antalgique) pour soulager la douleur de son patient afin d'améliorer son état physique et psychologique. Dans leurs travaux concernant l'émigration pour des jeunes adolescents, Neto & Mullet (1998) avaient comme objectif d'étudier l'intention de migrer de cette population en lien avec trois facteurs, deux facteurs économiques (la différence de salaires et l'opportunité d'emploi) et un facteur social, nommé, facteur réseau. Si nous comparons cette étude avec la nôtre, l'intention de migrer pour les jeunes, ce serait l'intention de soulager la douleur par l'infirmière. L'intention de migration des jeunes était plus élevée quand les opportunités d'emploi étaient bonnes que quand elles étaient pauvres, ce qui se conçoit d'un point de vue économique et social, de la même manière que l'intention de soulager la douleur d'un patient est mieux acceptée quand l'opportunité de pratiquer l'hypnose était bonne, c'est-à-dire, quand elle pouvait être réalisée par un hypnotiseur formé à l'Université et

en possession d'un Diplôme d'État, ou quand elle pouvait se pratiquer en supplément d'un traitement médicamenteux (Liozzi, 2009). La notion de réseau de l'étude de Neto & Mullet (1998), nous renvoie à la notion d'équipe de soins dans la prise de décisions. L'intention de migrer était plus élevée dans le réseau qu'en dehors, de la même façon que l'utilisation de l'hypnose pour soulager la douleur est mieux perçue quand l'équipe l'a acceptée et sa pratique-supervisée par un médecin (Berger et al., 2010).

L'étude de Frileux, Muñoz Sastre, Mullet & Sorum, (2004), concernant l'impact des messages médicaux de type préventif sur les changements de comportement des patients atteints de maladie artériocoronarienne, peut être aussi mise en lien avec notre étude : (1) dans leur cas, les effets des variables individuelles des participants ne sont pas significatifs (le sexe, l'âge, et le comportement recommandé), de même que nos variables, dans notre deuxième étude, ne le sont pas non plus. (2) le comportement préventif, d'observance thérapeutique lors de la prise de médicament, de changement de régime alimentaire ou encore de commencer à faire de l'exercice physique concernaient le risque encouru par le patient, tandis que dans notre cas, la prévention de la douleur par l'utilisation de l'hypnose, avec ou sans médicament antalgique, est aussi mesurée par le risque encouru, même si celui-ci n'a pas été explicité par nos soins. Les participants ont tenu compte de l'âge de la personne et de la formation de l'hypnothérapeute pour prendre leurs décisions. (3) les résultats ont montré que les quatre parties du message préventif présenté par le médecin ont eu des effets significatifs alors que nous avons constaté que les messages et les informations données par l'hypnotiseur lors d'une induction hypnotique, ont aussi de répercussions sur les patients. Ces résultats vont dans le sens de l'étude d'Elkins et ses collaborateurs (2015), en modifiant la relation mental-corps. (4) les résultats ont également montré que les participants plus âgés, en voyant l'horizon de temps devant eux se raccourcir, ont eu une plus grande intention d'adopter un comportement préventif. Dans notre thème, l'influence de l'hypnose montre comment les personnes s'engagent en réponse à la demande de l'hypnotiseur. Ces résultats vont aussi dans le sens de l'étude de Gruzelier (2002).

Dans l'étude de Guedj, Sorum & Mullet (2012) sur l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, 35 participants acceptaient l'hospitalisation du patient contre sa volonté seulement s'il y avait un danger pour les tiers, 88 l'acceptaient s'il y avait un danger soit pour un tiers soit pour le patient. Ces résultats sont en accord avec la Loi française. Dans notre étude, nous avons retrouvé seulement 4 personnes (3 infirmières et 1 personne du grand public) qui sont en faveur de l'hypnose, si les soins

réalisés sont très douloureux. Les participants ont mis en lien leurs jugements avec leurs représentations du cancer et de la mort et donc, la notion de danger était bien présente dans l'émission de leurs jugements. Cependant, la différence avec cette étude de Guedj et ses collaborateurs (2012) est que l'hypnose n'est pas encore bien légiférée.

Concernant les limites de notre travail, premièrement, notre échantillon était un échantillon de personnes recrutées par commodité à Toulouse et Pamiers et ses alentours. Même si l'étude a été réalisée avec une méthodologie qui a bien identifié le processus cognitif mis en œuvre par les participants à l'étude, nous pensons que notre échantillon n'est pas suffisant pour pouvoir généraliser nos résultats (Karnieli-Miller, Werner, Aharon-Peretz & Eidelman 2007. Cité par Whaley, 2014). De plus, n'ayant pas obtenu des résultats significatifs au sujet des caractéristiques individuelles, nous proposons que d'autres études soient faites.

Deuxièmement, nos scénarii étaient fictifs et présentaient des situations réalistes issues tant de l'expérience que de la littérature. Les participants ont répondu sans encombre même si nous avons rencontré des difficultés lors du recrutement des participants. Ce qui est un signe important de la validité de nos scénarii.

Troisièmement ; nous avons parlé sans distinction d'hypnose appliquée à la douleur et d'hypnoalgésie, alors que ce dernier terme est plutôt utilisé par les professionnels de santé.

Quatrièmement, le principe d'autonomie n'a pas été envisagé dans les facteurs étudiés : hypnose à la demande du patient.

Nous proposons de réaliser des nouvelles recherches en considérant de façon indépendante chaque situation de soins présentée dans cette étude, en étudiant les attitudes, les croyances et les informations des participants. Ce dernier point pourrait être mis en lien avec les informations données en instituts de formation infirmière.

En outre, au regard de la littérature, nous proposons un nouvel axe de recherche : étudier les jugements d'acceptabilité des professionnels de santé ainsi que du grand public au sujet de l'utilisation de l'induction de l'hyperalgésie. En effet, nous pourrions identifier s'il est plus acceptable de traiter la douleur d'un patient avec une suggestion dont l'objectif est d'induire l'hyperalgésie ou de décider l'allodynie (cf. *sous-chapitre 1.1*), en lien avec la situation qui a provoqué la douleur. Mais d'un point de vue éthique, il est intéressant de réaliser cette étude en tenant compte du facteur « information donnée au patient » et prendre en considération le consentement éclairé et le droit à l'information.

DISCUSSION GÉNÉRALE

La problématique de la douleur n'est pas nouvelle, comme nous l'avions déjà dit dans l'introduction de notre travail. En effet, Bouddha (IV^e siècle av. J.C) déjà en parlait dans ses discours. Cependant, l'évolution vient de la manière dont on la prend en charge. Le chamanisme et la magie ont laissé place à une médecine moderne, basée sur l'Evidence Base Medicine, c'est-à-dire la médecine basée sur les faits. Cette médecine se caractérise par son fondement plus scientifique dans une approche plus humaniste, où la dignité de la personne, son autonomie, et ses droits sont pris en compte avec l'apparition d'une nouvelle législation. La Loi du 4 mars de 2002, en témoigne. Le soulagement de la douleur est donc devenu un impératif pour les soignants et un droit pour les patients, qui prennent une place de plus en plus centrale dans notre système de santé. Les établissements de soins ont l'obligation de mettre en œuvre les moyens nécessaires (Art. L. 710-3-1 du CDS), pour cela par un contrat d'engagement dès l'entrée.

La douleur est un enjeu majeur de santé publique. Rappelons-nous que la SFETD, en 2017, s'était accordée à dire qu'au moins 2 millions de Français souffrent de douleur chronique, dont 70% ne reçoivent pas un traitement approprié. Ceci a des répercussions sur le quotidien des personnes douloureuses et leur entourage, et donc des conséquences économiques pour l'État. Concernant la douleur aiguë postopératoire, plus de 11 millions de personnes ont été anesthésiées en 2010, et ces chiffres ne font qu'augmenter.

Pour donner une idée de l'ampleur que la chirurgie prendra, prenons les mots de l'actuelle ministre de la Santé, Agnès Buzyn, qui assure qu'en 2020 le pourcentage d'actes chirurgicaux arrivera à 66% de chirurgie ambulatoire. Cela entraînera encore de profondes transformations de notre Système de Santé actuel. D'ailleurs, le rôle de l'infirmière en pratique avancée a commencé à se développer. Nous n'avons pas beaucoup de données concernant la douleur induite par les soins, notamment chez les patients adultes. Dans le quotidien du travail des infirmières, leur cognition s'exprime à travers une infinitude de jugements qu'elles portent sur « *la réalité immédiate ou certains aspects de cette réalité immédiate* ». (Muñoz Sastre, Igier, Gauché, & Girard, 2009, p. 323). Ainsi, avant de donner suite à la demande d'un patient et/ou de l'entourage (famille, amis...), avant d'effectuer un soin, de mettre en place une éducation thérapeutique ou avant de répondre aux exigences du système en termes de qualité et donc de l'application des principes qui sous-tendent les soins dans les règles de l'art, l'infirmière juge très rapidement des risques que prend le patient ou son entourage. Et cela, en fonction de ses connaissances en anatomophysiologie, en fonction de l'âge du patient,

de ses paramètres vitaux, de l'observation de son état général et son analyse, en fonction de l'expression de son ressenti et/ou celui de l'entourage, en fonction de la prescription médicale individuelle, du projet de soins individualisé, en fonction de la demande de l'entourage, du lieu où se trouve le patient, en fonction de l'heure, ainsi que de multiples autres éléments. « *La liste de situations dans lesquelles le jugement est à l'œuvre peut sembler (effectivement) inépuisable* ». (Muñoz Sastre, Igier, Gauché, & Girard, 2009, p. 323). C'est ce que les infirmières appellent couramment « *Avoir le sens des réalités* », ou tout simplement, « *savoir s'adapter aux circonstances, en donnant du sens à ce qu'elles font* ». Les décisions des infirmières font donc lien entre leur connaissance du patient, des pathologies, des traitements et de l'expérience concrète des situations, des patients et des lieux d'exercice. Elles réfléchissent à l'acte à accomplir ou, dis autrement, elles donnent du sens en fonction des données dont elles disposent sur le moment. Cependant, la réalité du terrain est autre, le domaine des soins infirmiers est tellement complexe et les liens entre les données sont si nombreux que, pour agir correctement, dans une réalité mouvementée, il faut être informé d'une grande quantité de faits. L'étude de Leuter et al., 2017, va dans ce sens. Malgré ces difficultés, toutes les infirmières s'attachent à respecter le patient (Gaudine et al., 2011 ; Leuter et al., 2017 ; Horntvedt et al., 2014 ; Péoc'h et al., 2007).

Si les infirmières respectent leurs patients, qu'est-ce qui fait que, parfois, elles décident de refuser de soulager un patient qui demande un médicament pour sa douleur. Ce questionnement, nous l'avons abordé dans notre première étude (cf. *Chapitre 3*). Nous nous sommes questionnés sur les conditions d'acceptabilité du refus par les infirmières de soulager la douleur, par l'administration d'une autre dose d'antalgique opiacé de palier III (morphinique), chez les patients en situation de douleur aiguë postopératoire qui en font la demande. Nous avons constaté que la plupart des infirmières appliquent le principe d'autonomie, et donc elles respectent la demande de la personne (Van Thiel et al., 2001 ; Page, 2012 ; Denny & Guido, 2012 ; Auret & Schug, 2005). Celles qui ne l'ont pas fait donnent priorité au principe de non-malveillance, en évitant le risque de surdosage (Nortvedt et al. ; 2005 ; Rejeh et al., 2009 ; Rognstad et al., 2012 ; Wilson, 2007). Cette façon d'agir s'approche de l'éthique d'Aristote. Il explique, en effet, dans son œuvre *Ethique de Nicomaque*, qu'une personne doit agir prudemment, privilégiant « le juste milieu » par l'expérience et par le raisonnement logique, et atteindre un juste équilibre (Aristote, 1992).

Du point de vue de l'éthique de situation, cette mise en place des actions entre les connaissances professionnelles et les analyses de différentes situations de soins,

peut être expliquée par le philosophe Fletcher (1967) à partir de ce qu'il appelle « *légalisme* » et « *antinomianisme* ». Le légalisme est l'ensemble des règles professionnelles, des connaissances de bonnes pratiques professionnelles en fonction de la spécialité du service de soins, de la pathologie de la personne, de son âge, du degré de sa douleur, des protocoles, etc. C'est-à-dire la règle qui nous guide et qui nous dit ce qui doit être fait et ce qui ne doit pas être fait avant de prendre une décision morale. Alors que l'antinomianisme s'oppose à l'existence de cette règle du fait que chaque situation de soins est unique, que chaque patient est lui aussi unique et singulier. Si, dans notre exemple, l'infirmière qui doit appliquer une prescription médicale anticipée décide de ne pas respecter le patient et sa demande, c'est parce qu'elle a pris en compte ses connaissances de bonnes pratiques (physiologie du patient, connaissance de la maladie, connaissance des opiacés...), mais aussi l'individualité de la situation. La décision morale de ne pas soulager la douleur du patient relève donc du jugement de l'infirmière. Elle a jugé que la prise d'un autre antalgique pourrait entraîner des complications. L'éthique de la situation, aussi nommée « *situationnisme* », est partagée entre la règle (ce qui doit être fait ou pas fait) et l'individualité de la situation, ici la situation de soins. Ceci explique qu'un patient ait le droit à une nouvelle dose de morphinique alors qu'un autre ne l'a pas, car son risque vital est engagé. De même, pour le paracétamol.

L'élément nouveau qu'apporte cette étude est le fait que le grand public approuve la décision de l'infirmière quand elle fait le choix de ne pas administrer une nouvelle dose d'antalgique morphinique. Cela peut être s'expliquer à partir des contraintes et des représentations négatives au sujet de la morphine (morphine vs mort fine) (Chaufour-der et Daydé-Lamarre, 2016). Mais ces résultats sont contraires à ceux de Horntvedt et al. (2014) qui avaient constaté une relation patient-famille difficile. De même pour l'étude de Rejeh et al., (2009) qui montrait comment les infirmières avaient du mal à accepter les plaintes et la douleur des patients en particulier lorsqu'ils demandaient plus de stupéfiants ou autres analgésiques, la douleur et la souffrance étaient inhérents à la chirurgie. Les résultats de Lhermite et ses collaborateurs (2015) mettent aussi en évidence que le non-respect de l'autonomie des personnes âgées, sauf dans les cas de troubles cognitifs sévères, est généralement jugé comme étant non acceptable par les participants, peu importe le temps pris par le médecin pour expliquer au patient.

Les infirmières de notre étude partagent aussi, plutôt, une position commune avec les médecins concernant les risques de l'administration d'une dose supplémentaire d'antalgique morphinique. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude réalisée par Leuter et al., (2017) qui avaient constaté des conflits entre les valeurs éthiques des médecins et celles des infirmières. Cependant, l'étude réalisée par Rejeh et ses collaborateurs (2009) avait montré des conflits éthiques communs aux infirmières et aux médecins. En ce qui concerne ce point d'accord entre infirmières et médecins, il semblerait aller dans le sens des travaux de Mas et al., 2010, à savoir que les prescriptions de morphiniques faites par les médecins français suivent les recommandations de la HAS (mai, 2017). Nos résultats vont aussi dans le sens des recommandations de la HAS (mai, 2017). C'est donc cet accord entre infirmières et grand public qui peut intéresser, à un premier niveau, les représentants des usagers, ceci pouvant être un point d'accord lors des négociations. De même, cela pourrait intéresser médecins, anesthésistes et infirmières. En général, les soignants soient prescripteurs de soins, soient délivreurs. À un deuxième niveau, il semblerait que les réunions interdisciplinaires autour de la singularité de chaque patient puissent être réalisées, afin de comprendre le sens du traitement, tant prescrit par le médecin que délivré par l'infirmière. Cela pourrait être une base de discussion sur les situations éthiques que ces professionnels rencontrent dans leur pratique afin d'éviter les conflits entre infirmières et médecins.

Notre deuxième étude avait pour objet d'étude le jugement d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose par des hypnotiseurs (professionnels ou non), dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins réalisés par les infirmières (*Chapitre 4*). Parler de douleur induite, c'est parler de douleur provoquée par les responsables, les soignants. Combien de fois, avons-nous entendu dire de nos patients « *Vous me faites mal* » et combien de fois, ces mots nous ont aidés à prendre conscience que nous devons faire le nécessaire pour prévenir le risque de devenir maltraitants. Et pourtant, en tant que soignant notre obligation est de ne pas causer de mal à nos patients, autrement dit, « ne pas nuire » ou « ne pas tuer » (principe de non-malfaisance). Ce principe est plus inflexible que notre obligation est de prévenir ou éliminer le mal ou de promouvoir la bonne action ou solution pour le patient (principe de bienfaisance). Platon en parlait déjà, pour lui le but était d'atteindre le « Bien ». Pour les infirmières, la connaissance du « Bien » demeure le comportement adéquat pour leurs patients (principe de bienfaisance). Cette recherche de « l'idéal du Bien » a aussi été décrite par le philosophe Épicure dans son livre sur le bonheur (Épicure & Bordés, 1997). Pour

lui, « Bien et Plaisir » vont de pair. Le plaisir est donc l'absence de douleur (Épicure & Bordés, 1997). Cet idéal dans les soins a été étudié par Kim et ses collaborateurs, en 2007. Ils ont présenté à 180 participants (100 étudiants et 80 infirmières) 6 situations impliquant des dilemmes éthiques sur les comportements idéaux (l'infirmière doit faire ou pas faire quelque chose) et d'autres comportements dites réels (l'infirmière est susceptible de faire ou pas faire quelque chose). Les critères pour fonder la pertinence des jugements sont basés sur les codes de déontologie du Conseil international des infirmières et de l'American Nurses Association. Les conclusions de cette étude étaient que pour prendre de bonnes décisions, les infirmières ont besoin de jugements moraux réalistes, mais basés sur des jugements moraux idéalistes, fondés sur des droits et des devoirs. Cependant, dans notre deuxième étude, la réglementation autour de l'hypnose reste encore à développer. C'est cet aspect qui peut nous faire dire que les équipes de soins doivent prendre des décisions collégiales dans la prise de responsabilité (Kim et al., 2007).

Parler d'un traitement non pharmacologique comme l'hypnose, c'est aussi aborder une thématique inconnue par le grand public (Melchior, 2010), mais aussi par les professionnels de santé. Nos résultats vont dans ce sens. Ce sont des résultats totalement inattendus puisque nous nous attendions à ce qu'au moins les participants hypnothérapeutes puissent se positionner au regard de la thématique, alors que ce n'est pas le cas. Comme nous l'avons déjà avancé dans la discussion des résultats dans notre *Chapitre 4*, il serait intéressant de rechercher dans une prochaine étude les connaissances, les attitudes et les croyances des participants à l'égard de l'hypnose afin d'établir des relations causales entre ces résultats et les points qui différencient les professionnels. Nous pourrions aussi expliquer ces résultats au regard de la Théorie de comportement social ou Théorie raisonnée d'Ajzen et Fishbeins (1980), évoquée dans les travaux de Hawkins et Bartsch (2000). Cette théorie affirme que les personnes ont un comportement considéré comme étant de l'ordre du social. D'autres théories peuvent aussi expliquer ces résultats, de la même façon qu'elles peuvent également expliquer le fait que les personnes ne se positionnent pas et restent avec des jugements d'acceptabilité concentrés autour de la moyenne générale, comme c'est le cas des participants du cluster 5, dans notre première étude (cf. *Chapitre 3*). En effet, les participants ont du mal à se positionner pour manque de connaissances à l'égard des sujets, mais aussi au fait que nos scénarii appartiennent à un contexte très particulier du domaine de la santé (première étude) et pas très bien connu socialement et/ou rarement vécu dans le cas des séances d'hypnose (deuxième étude). Cela pourrait être expliqué

par la Théorie du jugement social, basée sur le Fonctionnalisme probabiliste d'Egon Brunswik ou Théorie de la perception de Brunswik (Brehmer, 1988, p. 13), dans l'étude du jugement humain dans des situations sociales. Cette théorie est aussi connue par la Théorie du signal. « *Selon une telle théorie, une personne n'a accès à aucune information directe sur les objets présents dans l'environnement. Au lieu de cela, la perception est considérée comme un processus indirect* » (Brehmer, 1988, p. 13). Les réponses sont de l'ordre du social et médiatisées par un ensemble de variables, appelées par Brunswik, variables proximales et distales ou lointaines. Les variables proximales seraient les situations vécues proches de la situation présentée alors que les distales correspondraient à la partie perçue de la situation et non vécue par les participants. Ainsi, un participant à la première étude (cf. *Chapitre 3*) qui doit émettre un jugement sur le refus de l'infirmière de soulager la douleur de ses patients quand ils en font la demande, et qui n'a pas eu accès à la situation jugée, c'est-à-dire qui ne l'a pas vécue, va émettre un jugement médiatisé par les variables présentées. De même pour un participant de notre deuxième étude (cf. *Chapitre 4*) qui ne sait pas très bien ce qu'est l'hypnose (vague représentation mentale) et/ou qui en plus, n'a pas vécue. Ceci peut, en effet, expliquer les positionnements différents entre les professionnels de santé et le grand public dans notre première étude (cf. *Chapitre 3*), mais aussi expliquer l'ambiguïté des participants (toutes catégories confondues) dans notre deuxième étude (cf. *Chapitre 4*).

Pour finir, nous voudrions porter une attention spéciale au facteur « risque ». En effet, il a été déterminé dans notre première étude (cf. *Chapitre 3*) comme l'un des facteurs qui exprimait le principe de non-malfaisance (Beauchamp & Childress, 2001, 2013). Le traitement morphinique peut avoir des effets secondaires qui peuvent être plus importants que la douleur elle-même (Cohen & Mao, 2014). Cependant, dans la deuxième étude (cf. *Chapitre 4*), même s'il n'a pas été défini de façon très explicite, il a été subtilement pris en considération par les participants de cette deuxième étude. En effet, ils ont donné plus de poids aux modalités en lien avec l'âge adulte et à la modalité hypnotiseur titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire, légalement reconnu par l'État. Nous avons donc constaté que le risque encouru par les participants a un effet sur le jugement d'acceptabilité. Plus le risque est important, plus les participants acceptent que l'infirmière refuse d'administrer un antalgique opiacé, type morphine à ses patients pour soulager leur douleur, et plus le risque est bas ou absent, plus les participants acceptent que l'infirmière soulage la douleur de ses patients par la délivrance d'une dose supplémentaire. De même, les participants ont tenu compte du risque dans l'étude sur l'hypnose : plus la personne est vulnérable (jeune de 21 ans porteur de

Trisomie 21, enfant de 10 ans ou personne âgée), plus ils refusent l'utilisation d'une technique d'hypnose, et a contrario, moins la personne est fragile, plus il est acceptable d'utiliser une technique d'hypnose. Nous avons retrouvé ce même comportement de prise en compte du risque encouru par la personne dans les travaux de Chasseigne, Lafon et Mullet (2002). En effet, dans ces travaux, les participants devaient juger du risque de cancer de l'œsophage associé aux consommations combinées d'alcool et de tabac. Ces résultats ont prédit que plus la consommation d'alcool et de tabac est élevée, moins l'alcool et le tabac ont un effet sur le jugement du risque de cancer d'œsophage pour les patients. Le jugement du risque de cancer dans ces travaux, et le jugement du refus par l'infirmière de soulager le patient, dans notre première étude, suivent tous les deux une règle multiplicative. Dans notre deuxième étude, même si le facteur risque n'a pas été explicité, les participants en ont aussi directement tenu compte. En conclusion, en ce qui concerne ce facteur, nos résultats ont suivi une règle épidémiologique. Ainsi, lorsque le niveau de risque est élevé, il est plus acceptable de refuser de soulager la douleur (principe de non-malfaisance) ou il est plus acceptable de ne pas proposer une technique d'hypnose, qui a des répercussions directes sur la cognition de la personne. De même, il est aussi plus acceptable que l'hypnose soit pratiquée par un professionnel bien formé, compétent, dont le diplôme est reconnu. En rapprochant ces résultats de la philosophie, nous retrouvons le principe de précaution de Hans Jonas (2009): il est nécessaire de s'abstenir de faire ce qu'il serait techniquement possible de faire, face au risque des patients. Ces résultats se rapprochent aussi de la philosophie utilitariste de John Stuart Mill (Béal, 2012), qui dit que non seulement il faut tenir compte de l'intérêt, des préférences des personnes (principe d'autonomie) et suivre les règles établies par les institutions et les protocoles de soins (la déontologie), mais encore il faut évaluer l'utilité de chaque action, afin de savoir si elle est la bonne, tout simplement parce qu'elle entraîne les meilleures conséquences. Il introduit dans sa philosophie d'autres concepts fondamentaux (liberté, bien-être), mais aussi des concepts d'actualité en lien avec la gestion de risques dans les soins : l'efficacité et le progrès technologique de la médecine.

En résumé, c'est grâce à la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de Norman Anderson (1981, 1996, 2008) que nous avons pu mettre en avant nos résultats. Ceux-ci apportent des éléments intéressants, non seulement pour comprendre le comportement des participants face à la gestion de la douleur des patients dans les établissements de santé, mais aussi par rapport à ce qu'il reste à faire. Nous pensons par exemple au développement d'une réglementation au sujet de la pratique de l'hypnose.

Mais aussi ce qui reste à développer davantage : réunions interdisciplinaires autour des problématiques des soins, analyses de pratiques professionnelles autour de l'éthique, davantage de contenu pratique en lien avec des situations éthiques dans la formation initiale des infirmiers... Il nous semble aussi important à dire qu'il est difficile pour les soignants de concevoir l'idéal et le réel dans leur quotidien.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'éthique touche l'ensemble des domaines de l'humain : le travail, la santé, l'économie, la culture... Au sens large, elle s'interroge sur les finalités et les valeurs de l'existence.

La société et notre système de santé ont beaucoup évolué et, avec eux, la profession d'infirmière. L'éthique est devenue le fondement de la pratique clinique. En effet, les infirmières ont plus d'autonomie et davantage de responsabilités, elles éprouvent donc plus de difficultés dans les soins, notamment dans des situations complexes. Pensons, par exemple à la douleur aiguë de type nociceptive qui est difficile à traiter par les médecins et à gérer par les infirmières, puisqu'elle est accompagnée dans la plupart des cas des mécanismes physiologiques de la douleur viscérale, inflammatoire et neuropathique. Cette dernière ressemble étroitement à la douleur chronique postopératoire (Jung, Ahrendt, Oaklander & Dworkin, 2003). Cependant, malgré ces impératifs du terrain et contraintes organisationnelles (Gaudine et al., 2011 ; Horntvedt et al., 2011 ; Rejeh et al., 2009), les infirmières françaises agissent en sagesse, en donnant de l'importance à l'honnêteté de leurs actes et à la prudence consciencieuse. C'est qu'Aristote appelle « agir prudemment », dans le juste milieu. C'est l'action de la « médiété » (Aristote & Gomez-Muller, 2003). Ce raisonnement déductif prend tout son sens quand les infirmières soulagent la douleur de leurs patients en prenant en considération les avantages et les inconvénients de chaque situation et cela avant de décider de l'action la plus acceptable pour leurs patients. Elles jouent la carte de la prudence en tenant compte de tous les facteurs. Nos résultats semblent donc s'inscrire au sein du principe éthique de la bienveillance, qui renvoie davantage aux notions de bien-être, plaisir ou bonheur comme nous l'avons déjà vu dans la partie discussion générale. Ce principe n'implique pas seulement de délivrer au patient le meilleur traitement, même si c'est de ne rien administrer pour soulager la douleur, même si le patient le demande. La bienfaisance et l'autonomie vont donc de pair. Mais, la bienveillance implique aussi une réflexion sur les moyens, par exemple le cas d'un traitement alternatif (l'hypnose).

En ce qui concerne le principe de justice, les infirmières françaises le respectent entièrement. Nous avons constaté que le facteur âge, n'est pas un obstacle dans la gestion de la douleur.

Nous avons aussi constaté au regard de nos résultats que dans les soins, il y a des tendances différentes en fonction de la pensée sous-tendue chez les participants. Ces tendances, mériteraient une attention spéciale, ce qui pourrait être l'objet d'autres études, en utilisant la Théorie Fonctionnelle de la Cognition de Norman Anderson

(1981, 1996), mais en utilisant des échelles de personnalité, émotionnelles, de gestion de risque, etc. et qui pourront peut-être nous éclairer davantage pour comprendre le comportement des soignants. Ces différences peuvent être aussi explorées au regard de la culture et l'influence de la religion. Dans cette ligne de recherche, nous avons commencé à explorer le jugement d'acceptabilité parmi les étudiants infirmiers du Sud de l'Espagne. Notre intention est donc de faire une étude comparative entre différents pays européens, l'Espagne, la France, la Suisse et la Belgique. Dans cette ligne de recherche, il pourrait être intéressant d'explorer le jugement d'acceptabilité en introduisant un facteur nouveau, « le type de complications chirurgicales ». De même, concernant le risque encouru par le patient, plusieurs situations d'évaluations pourront être présentées suivant les règles de bonnes pratiques, des Lois et des Codes Déontologiques, ainsi que des recommandations de la HAS. Cette recherche pourrait donner suite à l'étude réalisée par Kim et ses collaborateurs (2007).

Nous avons aussi constaté comment les variables individuelles sont significatives dans le cas des traitements pharmacologiques et pas dans le cas de traitements non pharmacologiques. Ces résultats mériteraient aussi des études supplémentaires, notamment concernant l'hypnose. Nous proposons à ce sujet d'aller explorer le jugement d'acceptabilité en fonction du soin, cela pourrait nous donner davantage d'informations qui pourraient être très finement utilisées par les directeurs de soins. Nous proposons déjà autant de situations de soins que nous avons concrétisées dans nos vignettes. Pensons, par exemple, aux soins basiques comme une toilette complète, réalisée par les aides-soignantes, les infirmières, mais aussi par nos étudiants infirmiers et nos élèves aides-soignants. Par exemple, un plan expérimental pourrait être : Toilette complète au lit réalisée par une aide-soignante (avec une autre aide-soignante, avec une élève aide-soignante, seule, avec une infirmière, avec une étudiante en soins infirmiers) * Douche au lavabo réalisée par une aide-soignante (avec une autre aide-soignante, avec une élève aide-soignante, seule, avec une infirmière, avec une étudiante en soins infirmiers) * Douleur du patient évaluée par l'infirmière (2, 4, 6, 8) * Formation reconnue par l'État de l'aide-soignante (oui, non) * âge de la personne soignée (adulte, âgée) (5x5x2x2). Cette étude nous permettrait non seulement d'approfondir au sujet des préférences des soignants, mais aussi au sujet de l'absence de formation reconnue par l'État pour les aides-soignantes, qui font « faisant fonction de » dans nos EHPAD. En effet, cela peut être une problématique éthique. Un autre point à explorer c'est celui de la mobilisation des patients lors des transferts, lit-fauteuil par exemple, mais aussi lors des transferts de brancardage.

Nos résultats relèvent notamment une valeur potentielle de notre matériel et de la méthode employée pour la formation aux métiers de la santé (infirmier et aide-soignant). Quand nous avons commencé notre étude nous nous proposons de comprendre la manière de juger des participants, maintenant nous pouvons nous proposer d'utiliser cette méthode dans notre pratique quotidienne dans l'enseignement, en donnant un axe praxéologique et, pourquoi pas, en modélisant une méthode complètement adaptée à l'enseignement infirmier, notamment dans l'apprentissage de l'éthique, dans l'unité d'enseignement 1.3 S1- Législation, Éthique et Déontologie, ce qui pourrait donner suite aux études de Kim et al., (2007), Capafons et al. (2008) et de Slovackova & Slovacek (2007). Nous pensons, aussi, à l'adaptation de la méthode dans des situations de formation en simulation clinique (une vignette pourrait être une situation de soins simulée et tous les étudiants pourraient donner leur jugement) ; dans l'apprentissage de la gestion de risques en soins infirmiers (une vignette pourrait être une situation à risque) ; dans l'apprentissage du raisonnement clinique (situations de raisonnement de haut niveau vs situations de raisonnement de bas niveau) ; dans l'apprentissage du calcul de dose en pharmacologie afin d'identifier les difficultés de nos étudiants et de mettre en place une pédagogie différentielle. Mais aussi pour juger des nouvelles problématiques : mémoire fin d'études fait en groupe ou en individuel, accès au dossier médical informatisé par nos étudiants, vécu de la contention en psychiatrie par nos étudiants, etc. Tous ces travaux pourront intéresser non seulement les gestionnaires et directeurs de soins de nos établissements, mais aussi les professionnels de santé, les étudiants et les élèves. Ils peuvent être insérés dans une culture de sécurité de soins et de gestion de risques, ce qui pourrait aussi intéresser la HAS. Ces travaux permettront de mettre en lumière la diversité de jugements d'acceptabilité des pratiques soignantes, ce qui pourrait aussi servir de base dans des colloques, à l'ordre des infirmières, l'ordre de médecins...

Nous pouvons aussi nous projeter dans un futur, probablement pas très éloigné, où nous nous questionnerons sur la gestion de la prise en charge de la douleur en postopératoire après une nanochirurgie. En effet, le progrès technologique entraîne aussi des avancées dans le domaine des soins et le traitement antalgique pharmacologique par opiacés et non pharmacologique, par hypnose pourrait vite être dépassé pour laisser la place à la nanotechnologie. Ainsi, l'utilisation de nanoparticules ou micronanosystèmes pourraient être utilisés pour soulager la douleur des patients, ou provoquer une induction hypnotique, simplement à la détection des changements homéostatiques dans le corps. Il nous semble que ces aspects, parmi d'autres doivent

être aussi analysés au regard des principes bioéthiques de Beauchamp et Childress (2001, 2013), notamment en ce qui concerne la gestion des bénéfices pour la vie et la santé de la personne (principe de bienfaisance) et les risques ou dommages encourus (principe de non-malfaisance).

Nous allons maintenant présenter quelques limites de notre étude. Nous nous sommes posés des questions au sujet de possibles biais qui pourraient limiter le champ de notre étude, à savoir, est-ce que le vécu du répondant au moment de la passation, partagé avec le chercheur, peut-il influencer les jugements accordés aux scénarii présentés ? Est-ce que les répondants prenaient des médicaments pouvant modifier son état cognitif et en conséquence, entraîner un biais dans la réponse ? Est-ce que les consignes données par le chercheur ont été précises ?

Au regard de la population, nous avons utilisé pour les deux études un échantillon de commodité de professionnels de santé et de grand public, nos résultats doivent être donc répliqués avant d'être généralisés. En ce qui concerne les scénarii, ils ont montré une situation fictive avec un nombre limité de facteurs alors qu'en pratique réelle les situations sont beaucoup plus complexes. Dans notre première étude, nous avons eu un pourcentage élevé de personnes qui ont accepté de participer à l'étude alors que lors de la réalisation de la deuxième étude nous avons été plus en difficulté, même si le nombre de scénarii était de beaucoup inférieur. Nous pensons que cela est en lien avec la méconnaissance de la pratique de l'hypnose.

Nous pensons aussi que dans notre travail, il pourrait manquer de précisions conceptuelles au sujet par exemple, de la Trisomie 21, de l'intervention chirurgicale avec succès, de la chimiothérapie ... Cependant, nous avons évité ce biais dans cet aspect en présentant à chaque participant la même information de la même manière.

En conclusion, le soulagement de la douleur est devenu une obligation. Son traitement passe par les prescriptions d'antalgiques, traitement pharmacologique. La prescription est un acte médical et elle peut être limitée par le respect des règles, des protocoles ou de la volonté du patient (principe d'autonomie). C'est dans la prescription en « si besoin » ou dans les protocoles que les infirmières trouvent une marge de liberté dans la dispensation des antalgiques. Elles suivent les recommandations dictées par la HAS, les Lois et leur Code Déontologique. Dans les traitements non médicamenteux, comme la proposition d'utilisation d'une technique d'hypnose, elles prennent aussi en compte les facteurs liés aux patients.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Adriaansen, M. J. M., van Achterberg, T., & Borm, G. (2005). Effects of a post-qualification course in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 96-103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03268.x>
- Agnes, N., Piano, V., Lumini, M., & Donnet, A. (2015). Valorisation des activités infirmières au sein d'une structure de prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 16(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2014.06.006>
- Aguado, J.F. (2015). Psychological manipulation, Hypnosis, and Suggestion. *International Journal of Cultic Studies*, 6, 48-59.
- American Society of Anesthesiologists [ASA]. (ASA, Éd.). Repéré à l'adresse <https://www.asahq.org/>
- American Psychological Association [APA]. (APA Éd.). Repéré à l'adresse <http://www.apa.org>
- Analyse et Traitement Informatique de la Langue française [ATILF], Centre National de la Recherche Scientifique [CNRS] & Université de Lorraine. (s. d.). Douleur. *Trésor de la langue française informatisé* [TLFi]. (ATILF, CNRS & Université de Lorraine Éd.). Repéré à l'adresse <http://www.atilf.fr/tlfi>
- Anderson, Norman H. (1970). Functional measurement and psychophysical judgment. *Psychological review*, 77(3), 153.
- Anderson, Norman H. (1981). *Contributions To Information Integration Theory: Volume 2: Social*. New York. Repéré à l'adresse https://www.researchgate.net/profile/Ramadhar_Singh/publication/46436568_Two_problems_in_cognitive_algebra_Imputations_and_averagingversusmultiplying/links/55b5c14808ae092e965595af.pdf
- Anderson, Norman H. (1982). *Methods of Information Integration Theory*. New York: Academic Press.
- Anderson, Norman H. (1991a). *Contributions To Information Integration Theory: Volume 1: Cognition*. Psychology Press. Repéré à l'adresse <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=wM17AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Contributions+To+Information+Integration+Theory:+Volume+3:+Developmental&ots=ZHVv0snJUR&sig=Ve24lJLPi8ncyGayYKWYbf8qz5w>
- Anderson, Norman H. (1996). *A Functional Theory of Cognition*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Anderson, Norman H. (2008). *Unified Social Cognition*. New York: Psychology Press.
- Anderson, Norman H. (2013). Unified psychology based on three laws of information integration. *Review of General Psychology*, 17(2), 125-132.
- Annequin, D., Canoui, P., Comar, L., Blonde, C., Sicsic, C., Cloup, M., ... Charpak, Y. (1992). Enquête multicentrique sur la perception, la reconnaissance, l'évaluation, le traitement de la douleur en réanimation pédiatrique. *Rean Soins Intens Med Urg*, 8(1), 19-26.
- Anzieu, D., Doron, R., & Parot, F. (2009). Représentation Sociale. Dans Anzieu, D., Doron, R., & Parot, F (Dir.) *Dictionnaire de psychologie*. (p. 628) Paris: Presses universitaires de France.
- Apfelbaum, J. L., Chen, C., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anaesthesia & Analgesia*, 97(2), 534-540. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000068822.10113.9E>
- Aristote, & Gomez-Muller, A. (2003). *Éthique à Nicomaque*. Paris: LGF.
- Aubrun, F. (2017). *Les défis de la douleur en France. Douleur aiguë et douleur postopératoire : état des lieux et propositions*. Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens. In

- SFETD. Livre Blanc de la Douleur 2017. État des lieux et propositions pour un Système de santé éthique, moderne et citoyen (Med-Line, Éd., p. 77-81). France. Repéré à l'adresse http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Agenda/2017/livre_blanc.pdf
- Aubrun, F., Salvi, N., Coriat, P., & Riou, B. (2005). Sex-and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 103(1), 156-160.
- Auret, K., & Schug, S. A. (2005). Underutilisation of Opioids in Elderly Patients with Chronic Pain: Approaches to Correcting the Problem. *Drugs & Aging*, 22(8), 641-654.
- Bailey, S. (2006). Decision Making in Acute Care: A practical framework supporting the 'best interests' Principle. *Nursing Ethics*, 13(3), 284-291. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne864oa>
- Barabasz, A. F., & Barabasz, M. (2015). The New APA Definition of Hypnosis: Spontaneous Hypnosis MIA. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 459-463. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1011507>
- Bardinet, T. (1995). *Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique: traduction intégrale et commentaire*. Paris: Fayard.
- Barling, N.R. & De Lucchi, D. A. G. (2004). Knowledge, attitudes and beliefs about clinical hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 32(1), 36-52. Repéré à l'adresse https://epublications.bond.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.fr/&httpsredir=1&article=1045&context=hss_pubs
- Bartels, J. E., & Bednash, G. (2005). Answering the call for quality nursing care and patient safety: a new model for nursing education. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 5-13.
- Baszanger, I. (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*. Paris: Seuil.
- Béal, C. (2012). John Stuart Mill et le paternalisme libéral. *Archives de Philosophie*, 75(2), 279. <https://doi.org/10.3917/aphi.752.0279>
- Beauchamp, Tom L., & Childress, J. F. (1983). *Principles of biomedical ethics* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA. Repéré à l'adresse <http://193.190.239.22/newbooks14.pdf>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th Éd). New York: Oxford University Press.
- Belbachir, A., Fletcher, D., & Larue, F. (2009). Prise en charge de la douleur postopératoire : évaluation et amélioration de la qualité. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 28(1), e1-e12. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.11.011>
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing : a literature review. *British Journal of Nursing*, 17(1), 153-156.
- Benhamou, D., Berti, M., Brodner, G., De Andres, J., Draisci, G., Moreno-Azcoita, M., ... Viel, E. (2008). Postoperative Analgaesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice patterns study in 7 Central/Southern European countries: *Pain*, 136(1), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.028>
- Bennetts, D. F. E. (1996). F W A Serturmer (1783-1841) And The Isolation Of Morphine. *Bulletin of Anaesthesia History*, 14(2), 5-6. [https://doi.org/10.1016/S1522-8649\(96\)50023-5](https://doi.org/10.1016/S1522-8649(96)50023-5)
- Berger, M. M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen, J.-B., Pinget, C., Maravic, P., Chiolo, R. L. (2010). Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns. *Burns*, 36(5), 639-646. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.08.009>

- Bioy, A., Wood, C., & Françoise, B. (2013). *Thérapies à médiation corporelle et douleur*. Ruel-Malmaison: Institut UPSA de la douleur.
- Blondeau, D. (2014). *Éthique et soins infirmiers*. Repéré à l'adresse <http://www.de-slibris.ca/ID/448125>
- Boureau, F. (2013), Introduction. Dans Donnadieu, S., & Wrobel, J. (Coord. médicale). *Les douleurs induites*. (Nouvelle éd., p. 9-10). Paris, France: UPSA de la Douleur.
- Boureau, F., & Doubrère, J. F. (1988). Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. *Douleurs et Analgésie*, 1(1), 11-17.
- Bouvet, A. de, & Stinglhamber-Vander Borght, B. (2006). *Penser autrement la pratique infirmière : pour une créativité éthique*. Bruxelles: De Boeck.
- Brehmer, B. (1988). Chapter 1 The Development of Social Judgment Theory. In *Advances in Psychology* (Vol. 54, p. 13-40). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0166-4115\(08\)62169-X](https://doi.org/10.1016/S0166-4115(08)62169-X)
- Brown, S. T., Kirkpatrick, M. K., Swanson, M. S., & McKenzie, I. L. (2011). Pain Experience of the Elderly. *Pain Management Nursing*, 12(4), 190-196. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.05.004>
- Buchbinder, M., Wilbur, R., McLean, S., & Sleath, B. (2015). "Is there any way I can get something for my pain?" Patient strategies for requesting analgaesics. *Patient Education and Counselling*, 98(2), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.021>
- Bucknall, T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses?? Reassessment of Postoperative Pain After Analgaesic Administration: *The Clinical Journal of Pain*, 23(1), 1-7. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000210936.50816.49>
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), 64-78. <https://doi.org/10.1177/0969733010385529>
- Capafons, A. (2004). Clinical applications of 'waking' hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: from efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21(4), 187-201. <https://doi.org/10.1002/ch.306>
- Capafons, A., Mendoza, M. E., Espejo, B., Green, J. P., Lopes-Pires, C., Selma, M. L., Carvallho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155. <https://doi.org/10.1002/ch.359>
- Carbajal, R., Rousset, A., Dan, C., Coquery, S., Nolet, P., Ducrocq, S., Sizou, C., Lapillone, A., Granier, M., Durand, Ph., Lenclen, R., Coursol, A., Hubert, Ph., Saint Blanquat, L., Cimerman, P., Annequin, D. (2005). *Premiers résultats de l'étude EPIPPAIN: analyse épidémiologique de 60000 gestes inconfortables ou douloureux pratiqués en réanimation chez le nouveau-né*. Repéré à l'adresse https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/RC_171006.pdf
- Carbajal, Rousset, Danan, Coquery, Nolent, Ducrocq, Saizou, Lapillone, Granier, Durand, Lenclen, Coursol, Hubert, Saint Blanquat, Cimerman & Annequin (décembre 2006). Premiers résultats de l'étude EPIPPAIN : analyse épidémiologique de 60 000 gestes inconfortables ou douloureux pratiqués en réanimation chez le nouveau-né. Repéré à l'adresse https://www.pediadol.org/IMG/pdf/Actes2006_126.pdf
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The lancet*, 353, 2051-2058.
- Castel Ronda, E. (1998). *Los sacerdotes en el antiguo Egipto*. Madrid: Aldebaran.
- Cedraschi, C., Pigué, V., Luthy, C., Rentsch, D., Desmeules, J., & Allaz, A.-F. (2009). Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Revue du Rhumatisme*, 76(6), 587-592. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2008.11.008>

- Chanques, G., Payen, J.-F., Mantz, J., Jung, B., & Jaber, S. (2012). *Évaluer la douleur en réanimation*. Communication présentée au Congrès National d'Anesthésie et Réanimation 2012 : conférences d'actualisation les essentiels. Sfar Repéré à https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Evaluer_la_douleur_en_reanimation.pdf
- Chassseigne, G., Lafon, P., & Mullet, E. (2002). Aging and rule learning: the case of the multiplicative. *Am J Psychol*, 115(3):315-30.
- Chaudry, R. V. (2008). The Precautionary Principle, Public Health, and Public Health Nursing. *Public Health Nursing*, 25(3), 261-268. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00703.x>
- Chauffour-Ader, C., & Daydé, M.-C. (2016). *Comprendre et soulager la douleur*. Paris : Editions Lamarre.
- Choi, N. G., Snow, A. L., & Kunik, M. E. (2016). Pain severity, interference, and prescription analgaesic use among depressed, low-income homebound older adults. *Aging & Mental Health*, 20(8), 804-813. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1037244>
- Chung, F., & Mezzi, G. (1999). Adverse outcomes in ambulatory anaesthesia. *Can J Anesth*, 46(5), R18-R26.
- Cimerman, P., Galinski, M., Thibault P., Annequin, D. & Carbajal, R. (2010). Étude REGARDS. Recueil épidémiologique en Gériatrie des Actes Ressentis comme Douloureux et Stressants. Repéré à l'adresse https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Carbajal_REGARDS_15.pdf
- Cognet, M. (2010). Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États. *L'Homme et la société*, 176-177(2), 101. <https://doi.org/10.3917/lhs.176.0101>
- Cohen, S. P., & Mao, J. (2014). Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. *BMJ*, 348(feb05 6), f7656-f7656. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7656>
- Colloca, L., Sigaud, M., & Benedetti, F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects: *Pain*, 136(1), 211-218. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.006>
- Costermans, J. (2000). *Les activités cognitives: raisonnement, décision et résolution de problèmes*. Bruxelles: De Boeck.
- Cousin, C. (2012). Du droit du patient de recevoir des soins antalgiques à l'obligation du médecin de prendre en charge la douleur. *Médecine & Droit*, 2012(116), 158-160. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2012.05.001>
- Coutaux, A., & Collin, E. (2008). Douleurs induites par les soins: épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs. *Douleur et Analgésie*, 21(3), 126-138. Repéré à l'adresse <http://cnrd.fr/Douleurs-induites-par-les-soins.html>
- Cuperus-Bosma, J. M., Van der Wal, G., Looman, C. W., & Van der Maas, P. J. (1999). Assessment of physician-assisted death by members of the public prosecution in The Netherlands. *Journal of medical ethics*, 25(1), 8-15.
- Davis, M.P. & Srivastava, M. (2003). Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs and Aging*, 20(1), 23-57.
- Debrose, D.; Perrin, A.; Vallancien, G., Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; (avril 2003). *Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale* (Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Éd.) France. Repéré à l'adresse <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000153.pdf>
- Dehen, H. (1983). Lexique de la douleur : les propositions du Comité de Taxonomie de l'Association Internationale pour l'étude de la douleur. *La Presse Médicale*, 12, 1459-1460.
- Denny, D. L., & Guido, G. W. (2012). Undertreatment of pain in older adults: An application of beneficence. *Nursing Ethics*, 19(6), 800-809. <https://doi.org/10.1177/0969733012447015>

- Dijk, J. F., Schuurmans, M. J., Alblas, E. E., Kalkman, C. J., & Wijck, A. J. (2017). Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *Journal of clinical nursing*. Repéré à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13714/full>
- Dion, D., & Choinière, M. (2004). Opioid Dependence and Tolerance : Important Clinical Issues? *Anesthesiology*, 3(1), 1-6.
- Dortier, J.-F. (Éd.). (2008). Représentations. Dans Dortier J.-F. (Dir.) *Le dictionnaire des sciences humaines*. (p. 633) Auxerre: Sciences Humaines Éd
- Drew, D., Gordon, D., Renner, L., Morgan, B., Swensen, H., & Manworren, R. (2014). The Use of "As-Needed" Range Orders for Opioid Analgaesics in the Management of Pain: *Pain Management Nursing*, 15(2), 551-554. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.03.001>
- Duignan, M., & Dunn, V. (2009). Perceived barriers to pain management: compare how barriers to pain management in emergency departments are perceived by nurses in the Republic of Ireland and in the United States. *Emergency Nurse*, 16(9), 31-35. <https://doi.org/10.7748/en2009.02.16.9.31.c6848>
- Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A., Pasero, C., Rathmell, J. P., & Polomano, R. C. (2008). Assessment, Physiological Monitoring, and Consequences of Inadequately Treated Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 9(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2007.11.006>
- Durkheim, E. (1997). *Représentations individuelles et représentations collectives*. Paris: Presses Universitaires de France. Repéré à l'adresse <https://bit.ly/2Cz2sJr>
- Durkheim, E. (2006). Représentations individuelles et représentations collectives. *Les cahiers psychologie politique*, (8), 33-36.
- Editorial The need of a taxonomy (1979). The need of a taxonomy: *Pain*, 6(3), 247-252.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing Research and Practice: *The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961870>
- Epicure & Bordes, X. (1998). *Lettre sur le bonheur: lettre à Ménécée*. Paris: Mille et une nuits.
- Erickson, M. H., Zeig, J. K., & Geary, B. B. (2000). *The letters of Milton H. Erickson*. Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen.
- Eschalièr, A., Mick, G., Perrot, S., Poulain, P., Serrie, A., Langley, P., ... Ganry, H. (2013). Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15000 personnes adultes. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 14(1), 4-15. <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2012.11.003>
- Esterle, M., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2011). Acceptability of Sexual Relationships Between Elderly People Residing in Nursing Homes. *Sexuality and Disability*, 29(2), 157-164. <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9189-x>
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Boston, MA: Springer US. Repéré à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-0741-9>
- Faymonville, M., Defechereux, T., Joris, J., Adant, J. P., Hamoir, E., & Meurisse, M. (1998). L'hypnose et son application en chirurgie. *Revue Médicale de Liège*, 53(7), 414-8.
- Fernández-Torres, B., Marquez-Espinos, C., & De las Mulas, M. (1999a). Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración. *Rev. Soc. Dolor*, (6), 281-291.
- Fernández-Torres, B., Márquez-Espinos, C., & De las Mulas, M. (1999b). Dolor y enfermedad: evolución histórica II. Del siglo XIX a la actualidad. *Rev. Soc. Dolor*, (6), 368-379.

- Fetcher, D., Mardaye, A., Fermanian, C., & Aegerter, P. (2008). Évaluation des pratiques sur l'analgésie postopératoire en France : enquête nationale avec analyse des différences de pratique selon le type d'établissement. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 27(9), 700-708. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.05.008>
- Fletcher, J. F. (1967). *Moral responsibility: situation ethics at work*. Philadelphia: Westminster P
- Finet, André. 2002. Le Code de Hammurabi. Paris : Éditions du Cerf, 2002. 172 pages. Collection Littératures anciennes du Proche-Orient. ISBN : 2-2040-7013-
- Fischer, J. (2004). Social Responsibility and Ethics: Clarifying the Concepts. *Journal of Business Ethics*, 52(4), 381-390. <https://doi.org/10.1007/s10551-004-2545-yFl>
- Fox, P., Solomon, P., Raina, P., & Jadad, A. (2004). Barriers and Facilitators in Pain Management in Long-Term Care Institutions: A Qualitative Study. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 23(03), 267-278. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0032>
- Frileux, S., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E. & Sorum, P. C. (2004). The impact of the preventive medical message on intention to change behaviour. *Patient Education and Counselling*, 52(1), 79-88. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00003-X](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00003-X)
- Frileux, S., Lelièvre, C., Muñoz Sastre, M. T. M., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2003). When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable? *Journal of Medical Ethics*, 29(6), 330-336. <https://doi.org/10.1136/jme.29.6.330>
- Gamelin, A., Muñoz Sastre, M. T. M., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2006). Eliciting Utilities Using Functional Methodology: People's Disutilities for the Adverse Outcomes of Cardiopulmonary Resuscitation. *Quality of Life Research*, 15(3), 429-439. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-2830-y>
- Gaudine, A., LeFort, S. M., Lamb, M., & Thorne, L. (2011). Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 18(6), 756-766. <https://doi.org/10.1177/0969733011401121>
- Gay, M.C. (2007). Les théories de l'hypnose. Theories of hypnosis. *Annales Médico-Psychologiques*, 165,, 623-630. Repéré à l'adresse <http://jalon.unice.fr/Members/aquaderi/Fichiers/Fichier-aquaderi-20150922111027>
- Gay, M.C., Garitte, C., Cuisinier, F. & Celeste (2008). La susceptibilité hypnotique des enfants porteurs de trisomie 21. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 446-454. <http://10.1016/j.neurenf.2008.04.018>
- Gezundhajt, H. (2007). An evolution of the historical origins of hypnotism prior to the twentieth century: between spirituality and subconscious. *Contemporary Hypnosis*, 24(4), 178-194. <https://doi.org/10.1002/ch.341>
- Gillon, R. (1985). Autonomy and the principle of respect for autonomy. *British Medical Journal*, 290, 1806-1808.
- Gillon, R., & Lloyd, A. (Éd.). (1994). *Principles of health care ethics*. Chichester [England ; New York: John Wiley & Sons.
- González Ordi, H. (2013). *Hipnosis en el siglo XXI*. Madrid: Grupo 5.
- Gordon, D. B., Pellino, T. A., Higgins, G. A., Pasero, C., & Murphy-Ende, K. (2008). Nurses' Opinions on Appropriate Administration of PRN Range Opioid Analgaesic Orders for Acute Pain. *Pain Management Nursing*, 9(3), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2008.03.003>
- Grice, H. P. (2001). *Aspects of reason*. Oxford : New York: Clarendon Press ; Oxford University Press.
- Gruzelier, J. H. (2002). A Review of the Impact of Hypnosis, Relaxation, Guided Imagery and Individual Differences on Aspects of Immunity and Health. *Stress*, 5(2), 147-163. <https://doi.org/10.1080/10253890290027877>

- Guedj, M., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2006). Do French lay people and health professionals find it acceptable to breach confidentiality to protect a patient's wife from a sexually transmitted disease? *Journal of Medical Ethics*, 32(7), 414-419. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012195>
- Guedj, M., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2009). Is it acceptable for a psychiatrist to break confidentiality to prevent spousal violence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.01.003>
- Guedj, M., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2012). French lay people's views regarding the acceptability of involuntary hospitalization of patients suffering from psychiatric illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.010>
- Gueguen, J., Garry, C., Hasller, C., & Falissard, B. (juin 2015). Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. (Inserm Éd.). France. Repéré à l'adresse https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- Guirimand, F. (2005), Psychopathologie des douleurs induites ET facteurs de passage à la chronicité. Dans Wrobel, J. (Cord. technique). *Les douleurs induites*. (p. 11-28). Paris, France: UPSA de la Douleur.
- Haut Conseil de la Santé Publique [HCSP]. (2011). *Évaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur, 2006-2010 : rapport adopté par le HCSP le 22 mars 2011*. (HCSP, Éd.). Paris: La Documentation française.
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (décembre 2008). *Recommandations professionnelles. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. (HAS, Éd.) Saint-Denis La Plaine, France. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (mars 2012). *Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*. (HAS, Éd.) Saint-Denis La Plaine, France. Repéré à l'adresse www.has-sante.fr
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (sept 2014). *Prise en charge de la douleur*. (HAS, Éd.) Saint-Denis La Plaine, France. Repéré à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/pec_douleur_-_guide_ev_v2014.pdf
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2015). *Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du Code de la Santé Publique. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins*. (HAS, Éd.) Saint-Denis La Plaine, France. Repéré à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/parutionjo_procv2014.pdf
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (mai 2017). *Certification V2014. Bilan à mi-parcours V2014. Service Certification des Établissements de Santé*. (HAS, Éd.) Saint-Denis La Plaine, France. Repéré à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir42/rapport_certification_v2014_-_bilan_mi_parcours.pdf
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (juin 2017). *Patient traceur*. (HAS, Éd.) Saint-Denis La Plaine, France. Repéré à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf
- Hawkins, R. M.F. & Bartsch, J. (2000). The effects of an educational lecture about hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 28(1), 82-89.
- Hesbeen, W. (2010). *Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: InterEditions : Masson.

- Hester, D. M. (Éd.). (2008). *Ethics by committee: a textbook on consultation, organization, and education for hospital ethics committees*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield Pub.
- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., ... Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>
- Hofmans, J. (2010). Editorial: Applications of Functional Measurement in Psychology. *Psicológica: Revista de metodología y psicología experimental*, 31(3), 431-439.
- Hofmans, J., & Mullet, E. (2013). Towards unveiling individual differences in different stages of information processing: a clustering-based approach. *Quality & Quantity*, 47(1), 455-464. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9529-7>
- Horntvedt, M.-E. T., Romoren, M., & Solvoll, B.-A. (2014). Ethical problems related to intravenous fluids in nursing homes. *Nursing Ethics*, 21(8), 890-901. <https://doi.org/10.1177/0969733014521093>
- Huxtable, C. A., Roberts, L. J., Somogyi, A. A., & MacIntyre, P. E. (2011). Acute pain management in opioid-tolerant patients : a growing challenge. *Anaesth Intensive Care*, 39, 804-823.
- Igier, V., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2006). How nursing personnel judge patients' pain. *European Journal of Pain*, 11(5), 542-550. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.07.003>
- International Association for the Study of Pain [IASP (1979). *Pain Terminology*. (IASP, Éd.). Repéré à l'adresse <http://www.iasp-pain.org>
- International Association for the Study of Pain [IASP (1994). *Pain Terminology*. (IASP, Éd.). Repéré à l'adresse <http://www.iasp-pain.org>
- Jacoby, L., & Siminoff, L. A. (Éd.). (2008). *Empirical methods for bioethics: a primer* (1. Ed). Amsterdam: Elsevier JAI.
- Jaros, J. A. (1991). The Concept of Pain. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 3(1), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S0899-5885\(18\)30750-0](https://doi.org/10.1016/S0899-5885(18)30750-0)
- Jensen, M. P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management: therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Jeuge-Maynard, I., & Garnier, Y. (Éd.). (2007). Relation. Dans Jeuge-Maynard, I., & Garnier, Y. (Éd.). *Le Petit Larousse illustré: en couleurs ; 87000 articles, 5000 illustrations, 321 cartes; chronologie universelle ; [150000 définitions, 28000 noms propres, 5000 illustrations]* ([Éd.] 2008, p. 871). Paris: Larousse.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et Représentations Sociales*. Paris. France: Les Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (Éd.). (1997). *Les représentations sociales* (3 éd.). Paris. France : Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (Éd.). (2003). *Les représentations sociales* (7. éd). Paris: Presses Universitaires de France.
- Johnson, M. E., & Hauck, C. (1999). Beliefs and Opinions about Hypnosis Held by the General Public: A Systematic Evaluation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(1), 10-20. <https://doi.org/10.1080/00029157.1999.10404241>
- Jonas, H. (2009). *Le principe responsabilité: une éthique pour la civilisation technologique*. Paris: Flammarion.

- Jung, B. F., Ahrendt, G. M., Oaklander, A. L., & Dworkin, R. H. (2003). Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update: *Pain*, 104(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00241-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00241-0)
- Juhl, I. U., Christensen, B. V., BüLow, H. H., Wilbek, H., Dreijer, N. C., & Egelund, B. (1993). Postoperative pain relief, from the patients' and the nurses' point of view. *Act Anaesthesiologica Scandinavica*, 37(4), 404-409. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.1993.tb03737.x>
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1972). Subjective Probability : A judgment of representativeness. *Cognitive Psychology*, 3, 430-454.
- Kant, I., & Delbos, V. (1993). *Fondements de la métaphysique des moeurs*. Paris: Librairie Générale française.
- Kehlet, H., Troals, S. J., & Clifford, J.W. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet*, 367(9522), 1618-1625. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68700-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68700-X)
- Keïta, H. (2009). Peut-on prévenir la chronicisation de la douleur chronique postopératoire ? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 28(2), e75-e77. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.12.008>
- Kim, Y.-S., Park, J.-H., & Han, S.-S. (2007). Differences in Moral Judgment Between Nursing Students and Qualified Nurses. *Nursing Ethics*, 14(3), 309-319. <https://doi.org/10.1177/0969733007075865>
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, Critical Evaluation and Ethical Principles: The Foundation for Ethical Decisions in Counselling Psychology. *The Counselling Psychologist*, 12(3), 43-55. <https://doi.org/10.1177/0011000084123005>
- Knapp, S., & VandeCreek, L. (2004). A Principle-Based Analysis of the 2002 American Psychological Association Ethics Code. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 247-254. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.247>
- Krivoy, S., Tabasca, M., Adelaide, W., & Diaz, M. (2010). El dolor en la historia. In C. Aoün Soulie & L. Briceno-Iragorry (Éd.) (Editorial Ateproca, Vol. X, p. 163-224). Caracas. Repéré à l'adresse <https://fr.scribd.com/document/210909920/El-Dolor-en-La-Historia>
- Kugelmann, R. (2003). Pain as symptom. Pain as sign. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7(1), 29-50.
- Kupers, R., Faymonville, M.-E., & Laureys, S. (2005). The cognitive modulation of pain: hypnosis- and placebo-induced analgesia. In *Progress in Brain Research* (Vol. 150, p. 251-600). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(05\)50019-0](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(05)50019-0)
- Lasch, K. E. (2000). Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 1(3), 16-22. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.9761>
- Lee, L. A., Caplan, R. A., Stephens, L. S., Posner, K. L., Terman, G. W., Voepel-Lewis, T., & Domino, K. B. (2015). Postoperative Opioid-induced Respiratory Depression: A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology*, 122(3), 659-665. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000564>
- Legrain, M., & Rey-Debove, J. (Éd.). (1996). Douleur. Dans Legrain, M., & Rey-Debove, J. (dir.) *Le Robert quotidien* (p. 589). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Legrain, M., & Rey-Debove, J. (Éd.). (1996). Réforme. Dans Legrain, M., & Rey-Debove, J. (dir.) *Le Robert quotidien* (p. 1617-1618). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Legrain, M., & Rey-Debove, J. (Éd.). (1996). Représentations. Dans Legrain, M., & Rey-Debove, J. (dir.) *Le Robert quotidien* (p. 1651). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Legrain, M., & Rey-Debove, J. (Éd.). (1996). Soigner. Dans Legrain, M., & Rey-Debove, J. (dir.) *Le Robert quotidien* (p. 1787). Paris: Dictionnaires Le Robert.

- Legrain, M., & Rey-Debove, J. (Éd.). (1996). Soins. Dans Legrain, M., & Rey-Debove, J. (dir.) *Le Robert quotidien* (p. 1787). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Leuter, C., La Cerra, C., Calisse, S., Dosa, D., Petrucci, C., & Lancia, L. (2017). Ethical difficulties in healthcare: A comparison between physicians and nurses. *Nursing Ethics*, 096973301668715. <https://doi.org/10.1177/0969733016687158>
- Levinas, E. (1995). *Altérité et transcendance*. Saint-Clément-de-Rivière: Fata Morgana.
- Lévinas, E. (2009). *Totalité et infini: essai sur l'extériorité*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Lhermite, A., Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2015). French lay people's and health professionals' views regarding the acceptability of involuntary treatment of nursing home residents. *International Journal Of Law And Psychiatry*, 38, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.005>
- Lioffi, C., White, P., & Hatira, P. (2006). Randomized clinical trial of local anaesthetic versus a combination of local anaesthetic with self-hypnosis in the management of paediatric procedure-related pain. *Health Psychology*, 25(3), 307-315. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.307>
- Lioffi, C., White, P., & Hatira, P. (2009). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control venepuncture-related pain of paediatric cancer patients: *Pain*, 142(3), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.01.017>
- Lynn, S. J., Green, J. P., Kirsch, I., Capafons, A., Lilienfeld, S. O., Laurence, J.-R., & Montgomery, G. H. (2015). Grounding Hypnosis in Science: The "New" APA Division 30 Definition of Hypnosis as a Step Backward. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 390-401. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1011472>
- Magnon, R. (2010). *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Maillard, H., & Vasseur, P. (2018). Intérêt de l'hypnose dans la prise en charge des plaies. *Revue Francophone de Cicatrisation*, 2(2), 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.refrac.2018.05.001>
- Manias, E. (2003). Les tendances des médicaments et de la documentation de la gestion de la douleur après chirurgie. *Soins Infirmiers et des Sciences de la Santé*, (5), 85-94.
- Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2006). Patients' Decision-Making Strategies for Managing Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, 7(6), 428-437. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.01.448>
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2005). Nurses' Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2004.12.004>
- Marchand, S. (1998). *Le phénomène de la douleur: comprendre pour soigner*. Québec; Paris: Éd. de la Chenelière ; Masson [diff.]
- Martin Carbonell (2016). *Psicología e hipnosis en el tratamiento del dolor. Psychology and hypnosis in the treatment of pain*. Bogota. Colombia: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.
- Martinez, V., Baudic, S., & Fletcher, D. (2013). Douleurs chroniques postchirurgicales. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32(6), 422-435. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.04.012>
- Martinez, V., Beloeil, H., Marret, E., Fletcher, D., Ravaud, P., & Trinquart, L. (2017). Non-opioid analgesics in adults after major surgery: systematic review with network meta-analysis of randomized trials. *British Journal of Anaesthesia*, 118(1), 22-31. <https://doi.org/10.1093/bja/aew391>

- Martos Rubio, A. (2012). *Breve historia de los sumerios*. Madrid: Éditions Nowtilus S.L. Collection Breve Historia, ISBN édition imprimée : 978-84-9967-363-9.
- Mas, C., Albaret, M.-C., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2010). French general practitioners vary in their attitudes toward treating terminally ill patients. *Palliative Medicine*, 24(1), 60-67. <https://doi.org/10.1177/0269216309107012>
- Mather, M. D., & Degun, G. S. (1975). A comparative study of hypnosis and relaxation. *British Journal of Medical Psychology*, 48(1), 55-63. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1975.tb02308.x>
- McCaffery, M., & Gerrell, B.R. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management: how much progress have we made ? *J Pain Symptom Manage*, 14, 175-178.
- McCaffery, M., Pasero, C., & Ferrel, B. R. (2007). Nurses' Decisions about Opioid Dose. *The American Journal of Nursing*, 107(12), 35-39.
- Melchior, T. (2010). *Créer le réel: hypnose et thérapie*. Paris: Éd. du Seuil.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensorielle, de motivation, et les déterminants de la commande centrale de la douleur : un nouveau modèle conceptuel. In *Symposium sur l'International* (p. 1-38). Montréal, Canada: D. Kenshalo.
- Merskey, H. (1968). Psychological aspects of pain. *Postgraduate Medical Journal*, 44(510), 297-306.
- Merskey, H. (1979). The behavioural management of anxiety, depression and pain: *Pain*, 6(1), 118-119. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(79\)90175-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(79)90175-1)
- Merskey, H. (1982). Pain terms: A supplementary note: *Pain*, 14(3), 205-206. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(82\)90129-4](https://doi.org/10.1016/0304-3959(82)90129-4)
- Merskey, H. (1991). The definition of pain. *Journal; Peer Reviewed Journal*, 6(4), 153-159.
- Merskey, H., & Spear, F. G. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 59-67. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90057-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90057-8)
- Michaux, D. (2008). Histoire de l'analgésie hypnotique. *Douleur et Analgésie*, 21(1), 15-19.
- Mick, G. (2017). *Les défis de la douleur en France. Le parcours de soins en douleur chronique: un parcours de santé qui doit être formalisé*. Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens. In SFETD. Livre Blanc de la Douleur 2017. État des lieux et propositions pour un Système de santé éthique, moderne et citoyen (Med-Line, Éd., p. 77-81). France. Repéré à l'adresse http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Agenda/2017/livre_blanc.pdf
- Mick, G., Perrot, S., Poulain, P., Serrie, A., Eschalier, A., Langley, P., ... Ganry, H. (2013). Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 14(2), 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.douleur.2012.12.014>
- Millgram, E. (Éd.). (2001). *Varieties of practical reasoning*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Milling, L. S. (2012). The Spanos Attitudes Toward Hypnosis Questionnaire: Psychometric Characteristics and Normative Data. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(3), 202-212. <https://doi.org/10.1080/00029157.2011.631229>
- Minozzi, S., Amato, L., & Davoli, M. (2012). Development of dependence following treatment with opioid analgaesics for pain relief: a systematic review: Pain relief and opiate dependence systematic review. *Addiction*, 108(4), 688-698. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x>
- Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les dérives sectaires [MIVILUDES]. (2016). *Rapport d'activité 2016 et 1^{er} semestre 2017*. Études. (MIVILUDES, Éd.) Repéré à

- l'adresse http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/rapport_miviludes_2017_web_v2_0.pdf
- Moscovici, S., & Kalampalikis, N. (2013). *Le scandale de la pensée sociale: textes inédits sur les représentations sociales*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Muller, A. (2012). Physiologie et physiopathologie des douleurs. In *Soins infirmiers et douleurs*. Issy-les-Moulineaux [France. Repéré à l'adresse <http://site.ebrary.com/id/10604875>
- Mullet, E., Chartier, D., Demerval, R., Hermand, D., Léoni, V., Muñoz Sastre, M. T., ... Siméone, A. (1996). Jugement et éducation. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 25(4), 531-555.
- Muñoz Sastre, M. T., Icier, V., Gauché, M., & Girard, M. (2009). La Théorie Fonctionnelle de la Cognition. In *Psychologie du jugement et de la décision. Des modèles aux applications*. (p. 476). De Boeck Supérieur.
- Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2011). Breaking Bad News: The Patient's Viewpoint. *Health Communication*, 26(7), 649-655. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.561919>
- Murnion, B. P., Gnjdic, D., & Hilmer, S. N. (2010). Prescription and Administration of Opioids to Hospital In-patients, and Barriers to Effective Use. *Pain Medicine*, 11(1), 58-66. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00747.x>
- Musi, M., & Bionaz, A. (2005). Les mythes de la morphine: Une étude auprès de la population générale, des infirmières, des infirmiers et des médecins en Vallée d'Aoste. *Revue internationale de soins palliatifs*, 20(4), 107. <https://doi.org/10.3917/inka.054.0107>
- Nanquette, M.-C., Nolent, P., Cimerman, P., Carbajal R. & Renolleau, S. (2005). Retentissement de l'étude EPIPPAIN (douleur des gestes chez le nouveau-né) au sein d'une équipe de réanimation : " Étude des retraits d'adhésifs". Communication présentée au 14e Journées UNESCO. La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? Paris, 6-7 décembre (pp 67-77). Paris : UNESCO <https://docplayer.fr/61364746-14e-journee-unesco-la-douleur-de-l-enfant-queelles-reponses-7-decembre-sommaire.html>
- Neil, M. J., & Macrea, W. (2009). Post Surgical Pain. The transition from acute to chronic pain. *Reviews in pain*, 3(1), 6--9.
- Nencini, A., Sarrica, M., Cancian, R., & Contarello, A. (2014). Pain as social representation: a study with Peoc'h, N., & Harmathèque Italian health professionals involved in the « Hospital and District without Pain » project. *Health Promotion International*, 30(4), 919-928. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau027>
- Neto, F., & Mullet, E. (1998). Decision-making as regards migration: Wage differential, job opportunity, and the network effect. *Act Psychological* (98), 57-66.
- Nortvedt, P., Kvarstein, G., & Jønland, I. (2005). Sedation of Patients in Intensive Care Medicine and Nursing: ethical issues. *Nursing Ethics*, 12(5), 522-536. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne819oa>
- Noventa, S., Massidda, D., & Vidotto, G. (2012). Is There a Need for More than Three Models? *Psychological: International Journal of Methodology and Experimental Psychology*, 33(3), 683-693.
- Oberle, K., Wry, J., Paul, P., Grace, M., Smith, R. A. P., & Shaver, J. F. (1990). Environment, Anxiety, and Postoperative Pain. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 745-757. <https://doi.org/10.1177/019394599001200604>
- Orfali, B. (Éd.). (2005). *Psychologie sociale et communication*. Paris: CNRS Éd.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (7avril 1948). *La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. (OMS, Éd.) New York. Repéré à l'adresse <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (1986). Repéré à l'adresse <http://www.who.int>

- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (nov 2014). *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*. Informations sur l'overdose opioïdes. (OMS, Éd.) New York. Repéré à l'adresse http://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/fr/
- Osdoit, S., Bagny, K., Amour, V., & Yvin, J.-L. (2014). Intérêt de l'hypnose dans les gestes douloureux en dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 141(12), S329. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2014.09.240>
- Page, K. (2012). The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision-making? *BMC Medical Ethics*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-13-10>
- Pajot, E., Muñoz Sastre, M. T., Nacher, M., & Mullet, E. (2015). Mapping People's Views Regarding Childbearing Among People with Learning Difficulties. *Sexuality and Disability*, 33(4), 447-456. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9420-x>
- Patterson, D. R., Tininenko, J., & Ptacek, J. T. (2006). Pain During Burn Hospitalization Predicts Long-term Outcome: *Journal of Burn Care & Research*, 27(5), 719-726.
- Payen, J.-F., & Chanques, G. (2008). Prise en charge de la douleur. In *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* (Vol. 27, p. 633-640). Elsevier. Repéré à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765808001743>
- Payen, J.-F., Rolland, C., Genty, C. & Bosson, J.-L. (2005). La douleur en réanimation: résultats de l'étude DOLOREA. Repéré à l'adresse <https://www.icarweb.fr/IMG/pdf/13-17.pdf>
- Pelissolo, A. (2016). L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *La Presse Médicale*, 45(3), 284-290.
- Péoch, N. (2012). La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 65. Repéré à l'adresse <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0065>
- Peoc'h, N., & Harmathèque. (2012). *Les représentations sociales de la douleur chez les personnes contribuant à la modélisation de la pensée sociale*. Paris: L'Harmattan. Repéré à l'adresse <http://www.harmatheque.com/ebook/9782296965782>
- Peoc'h, N., Lopez, G., & Castes, N. (2007). Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... Vers les prémisses d'une compréhension, *Représentations and resulting pain. Recherche en soins infirmiers*, (88), 84-93.
- Pérez-Cajaraville, J., Abejon, D., Ortiz, J. R., & Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, (12), 373-384.
- Perrot, S. (2017). *Introduction*. Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens. In SFETD. Livre Blanc de la Douleur 2017. État des lieux et propositions pour un Système de santé éthique, moderne et citoyen (Med-Line, Éd., p. 9-11). France. Repéré à l'adresse http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Agenda/2017/livre_blanc.pdf
- Pickering, G. (2017). *Épidémiologie de la douleur en France*. La douleur gériatrique en France. Un livre blanc pour la douleur, un livre blanc pour tous les citoyens. In SFETD. Livre Blanc de la Douleur 2017. État des lieux et propositions pour un Système de santé éthique, moderne et citoyen (Med-Line, Éd., p. 55-56). France. Repéré à l'adresse http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Agenda/2017/livre_blanc.pdf
- Pierce, S. F., Dalton, J. A., & Duffey, M. (2001). The nurse's ethical obligation to relieve pain: actualizing the moral mandate. *Journal of Nursing Law*, 7(4), 19-29.
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Repéré à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010.pdf

- Plan de lutte contre la douleur 2002-2005. Repéré à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf
- Potier, M. (2005). Relation. Dans Poitier (dir.) *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers: [dictionnaire encyclopédique à l'usage des étudiants et des professionnels infirmiers]*. (p. 281). Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Potier, M. (2005). Soigné. Dans Poitier (dir.) *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers: [dictionnaire encyclopédique à l'usage des étudiants et des professionnels infirmiers]*. (p. 208). Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Potier, M. (2005). Soins. Dans Poitier (dir.) *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers: [dictionnaire encyclopédique à l'usage des étudiants et des professionnels infirmiers]*. (p. 307). Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Projet de programme national douleur 2013-2017. Repéré à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf
- Queneau, P. (2005). *Le livre blanc de la douleur*. (A. Serrie, Éd.). Comité d'Organisation des États Généraux de la Douleur
- Rainville, P., Bao, Q. V. H., & Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses: *Pain*, 118(3), 306-318. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.022>
- Rawal, N. (2005). Organization, Function, and Implementation of Acute Pain Service. *Anaesthesiology Clinics of North America*, 23(1), 211-225. <https://doi.org/10.1016/j.atc.2004.11.012>
- Rawal, N., & Berggren, L. (1994). Organization of acute pain services: a low-cost model: *Pain*, 57(1), 117-123. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90115-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90115-5)
- Read JL, Quin RJ, Berwick DM, Fineberg HV, Weinstein MC. Preferences for health outcomes. *Medical Decision Making* 1984; 4: 315-29). Organisation Mondiale de la santé (OMS). Repéré à l'adresse <https://www.who.org>
- Rees, J., King, L. & Schmitz, K. (2009). Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics*, 16,436-452.
- Rejeh, N., Ahmadi, F., Mohamadi, E., Anoosheh, M., & Kazemnejad, A. (2009). Ethical Challenges in Pain Management Post-Surgery. *Nursing Ethics*, 16(2), 161-172. <https://doi.org/10.1177/0969733008100077>
- Rentsch, D., Piguët, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Luthy, C., Andreoli, A., & Allaz, A.-F. (2009). Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour? *Revue médicale suisse*, (5), 1364-1369.
- Resnik, D. B., Rehm, M., & Minard, R. (2001). The undertreatment of pain : scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. *Medicine Health Care and Philosophy*, 4, 277-288.
- Rey, R. (2011). *Histoire de la douleur*. Paris: Découverte.
- Reynolds, J., Drew, D., & Dunwoody, C. (2013). American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management at the End of Life. *Pain Management Nursing*, 14(3), 172-175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.07.002>
- Ricot, J., & Leonetti, J. (2010). *Éthique du soin ultime*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Robert, P., Rey-Debove, J., & Rey, A. (Éd.). (2002). *Le nouveau Petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (Nouv. éd.). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Robin, F. (2013). *Hypnose*. De Boeck Supérieur.
- Rognstad, M.-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E., & Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain

- among physicians and nurses working on surgical wards: Attitudes, beliefs and self-reported competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 545-552. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x>
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé: guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Salem, G., & Bonvin, É. (2012). *Soigner par l'hypnose*. Issy-les-Moulineaux [France: Elsevier Masson. Repéré à l'adresse <http://site.ebrary.com/id/10576271>
- Sasso, L., Stievano, A., González Jurado, M., & Rocco, G. (2008). Code of Ethics and Conduct for European Nursing. *Nursing Ethics*, 15(6), 821-836. <https://doi.org/10.1177/0969733008095390>
- Scheibler, D., & Schneider, W. (1985). Monte Carlo Tests of the Accuracy of Cluster Analysis Algorithms: A Comparison of Hierarchical and Nonhierarchical Methods. *Multivariate Behavioral Research*, 20(3), 283-304. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2003_4
- Schweyer, F.-X. (2007). Hôpital, les métiers en réforme. *Revue Interbloc*, 26(4), 262-263.
- Serrie, A., & Thurel, C. (2002). *La douleur en pratique quotidienne: diagnostic et traitements*. Wolters Kluwer France.
- SFETD (2017). Livre Blanc de la Douleur 2017. État des lieux et propositions pour un Système de santé éthique, moderne et citoyen (Med-Line, Éd.) France. Repéré à l'adresse http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/Agenda/2017/livre_blanc.pdf
- Shakibaei, F., Harandi, A. A., Gholamrezaei, A., Samei, R., & Salehi, P. (2008). Hypnotherapy in Management of Pain and Reexperiencing of Trauma in Burn Patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 185-197. <https://doi.org/10.1080/00207140701849536>
- Shirakami, G., Teratani, Y., Namba, T., Hirakata, H., Tazuke-Nishimura, M., & Fukuda, K. (2005). Delayed discharge and acceptability of ambulatory surgery in adult outpatients receiving general anaesthesia. *Journal of Anaesthesia*, 19(2), 93-101. <https://doi.org/10.1007/s00540-004-0297-6>
- Slováčková, B., & Slováček, L. (2007). Moral Judgement Competence and Moral Attitudes of Medical Students. *Nursing Ethics*, 14(3), 320-328. <https://doi.org/10.1177/0969733007075867>
- Stoelb, B. L., Moulton, I. R., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24-39.
- The Hasting Center (1996). Special Supplement: The Goals of Medicine: Setting New Priorities. *The Hastings Center Report*, 26(6), S1. <https://doi.org/10.2307/3528765>
- Theis, R. (2005). L'impératif catégorique : des énoncés à l'énonciation. *Revue de Philosophie et de Sciences humaines*, (15), 1-14.
- Thivel, A. (1997). Hippocrate et la Théorie des humeurs. *Noesis*, 1, 83-108.
- Torjuul, K., Elstad, I., & Sørli, V. (2007). Compassion and Responsibility in Surgical Care. *Nursing Ethics*, 14(4), 522-534. <https://doi.org/10.1177/0969733007077886>
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological review*, 84(4), 327-352.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty : Heuristics and Biases. *Science, New Series*, 185(4157), 1124-1131.
- Ulrich, C. M., & Ratcliffe, S. J. (2008). Hypothetical vignettes in empirical bioethics research. In Jacoby, L., & Siminoff, L.A. (Éds), *Empirical Methods for Bioethics: A primer*. (pp. 161-182). New York, NY: Elsevier.

- Vaidis D., & Halimi-Falkowicz S. (2007). La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, (1), 9-18.
- Van Thiel, G. J., & Van Delden, J. J. (2001). The Principle of Respect for Autonomy in the Care of Nursing Home Residents. *Nursing Ethics*, 8(5), 419-431.
<https://doi.org/10.1177/096973300100800506>
- Vanhauzenhuyse, A., Boveroux, P., Boly, M., Schnakers, C., Bruno, M.A., Kirsch, M., Demertzi, A., Lamy, M., Maquet, P., Laureys, S. & Faymonville, M.E. (2008). Hypnosenet perception de la douleur. *Rev. Med. Liège*, 63(5-6), 424-428.
- Villemure, C., & Bushnell, C. M. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?: *Pain*, 95(3), 195-199. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00007-6)
- Vlieger, A. M., Menko-Frankenhuis, C., Wolfkamp, S. C. S., Tromp, E., & Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for Children With Functional Abdominal Pain or Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Gastroenterology*, 133(5), 1430-1436.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.08.072>
- Wanquet-Thibault, P. (2015). Quand les infirmières libérales côtoient la douleur à domicile : résultats d'une enquête. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 16(3), 137-143.
<https://doi.org/10.1016/j.douleur.2015.04.008>
- Wanquet-Thibault, P., & Serrie, A. (2015). *Douleurs liées aux soins*. Rueil-Malmaison: Éditions Lamarre.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177.
- Weber E.U. & Johnson E.J. (2009). Mindful judgment and decision-making. *Annual Review of Psychology*, 60, 53-85.
- Weiss, D. J. (2006). *Analysis of variance and functional measurement: A practical guide*. Oxford University Press New York: Repéré à l'adresse http://www.maximcursos.com.br/pdf/analysis_of_variance_and_functional_measurement.pdf
- Wells, N., Pasero, C., & McCaffery, M. (2008). Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. In R. G. Hughes (Éd.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. (Rockville (MD): p. 10-38). US: Agency for Healthcare Research and Quality. Repéré à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2658/>
- Wilson, B. (2007). Nurses? Knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1012-1020.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01692.x>
- Woody, F. & Sadler, P. (2014). A Somewhat Altered Debate about the Hypnotic State. *The Journal of Mind and Body Regulation*, 2(2), Repéré à l'adresse <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/mbr/article/view/16019/12667>
- Zeig, J. K. (Éd.). (1994). *Ericksonian methods: the essence of the story*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

TEXTES LÉGISLATIFS

- Art. L. 1110-2 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif au droit au respect de la dignité de la personne malade (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002). Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/af-fichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685743>
- Art. L. 1110-5 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif au droit des patients de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue qui garantissent

- la meilleure sécurité sanitaire. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685748&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121005>*
- Art. L. 710-3-1 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif aux établissements de santé publics et privés. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006694589>*
- Art. R. 4127-37 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif au soulagement de la douleur en toutes circonstances. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021773765&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100625>*
- Art. R. 4311-2 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif aux missions de l'infirmière. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000001651769&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id>*
- Art. R. 4311-7 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif aux prescriptions médicales et aux protocoles de soins. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913895>*
- Art. R. 4312-9 du Code de la Santé Publique [CSP], relatif à la sécurité des propositions faites par l'infirmière. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913913&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20111021&ldAction=rechCodeArticle>*
- Circulaire DGS/DH/n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. Repéré à l'adresse http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_10571.pdf*
- Circulaire DGS/SQ2/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales. Repéré à l'adresse https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/Circulaire_DGS_SQ2_DH_DAS_n_99-84_du_11_fevrier_1999_proto.pdf*
- Circulaire DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'identification et au cahier de charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique. Repéré à l'adresse http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/05/cir_40951.pdf*
- Circulaire DHOS/E2 N° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005. Repéré à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_266_300402.pdf*
- Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Repéré à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm>*
- Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (déontologie). Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742>*
- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355>*
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>*
- Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les Art. L. 473 portant sur la définition de la personne exerçant la profession d'infirmière. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704924>*

Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des maladies et à la qualité des soins. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Repéré à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&categorieLien=cid>

ANNEXES

Non disponibles

Éthique des soins et douleur aiguë : l'application des prescriptions médicales des opiacés par les infirmières en soins postopératoires et l'utilisation de l'hypnose dans les douleurs induites par les soins

Cette contribution scientifique concerne l'éthique des soins prodigués aux patients douloureux. En s'appuyant sur la Théorie Fonctionnelle de l'Intégration de l'Information de N.H. Anderson (1981), deux axes sont présentés. Dans le premier, centré sur le traitement pharmacologique, 395 individus, dans 72 scénarii, ont jugé des conditions d'acceptabilité de refuser de délivrer un antalgique opiacé à un patient qui demande en phase postopératoire. Six facteurs ont été étudiés : l'âge, le degré de douleur, le nombre de demandes, le niveau de risque, le résultat de l'intervention chirurgicale et la stratégie de traitement. Dans le deuxième axe de recherche, centré sur le traitement non pharmacologique, 201 individus, dans 48 scénarii, ont jugé du degré d'acceptabilité de l'utilisation de l'hypnose dans le soulagement de la douleur aiguë induite par les soins. Quatre facteurs ont été étudiés : la douleur traduite à un soin, l'âge-identité du patient, la stratégie de traitement, et la formation reçue par l'hypnotiseur. Dans les cinq clusters de notre première étude, les facteurs les plus influents sont « le risque » et « la douleur ». Par ailleurs, le facteur « âge » ne semble pas influencer le degré d'acceptabilité, respectant donc le principe de justice. Cependant, dans notre deuxième étude, il apparaît que les quatre facteurs étudiés impactent le degré d'acceptabilité y compris l'âge, contrairement aux résultats de la première étude. Nous avons déterminé huit clusters en fonction du poids accordé aux différentes combinaisons de ces facteurs. Les facteurs ayant le plus du poids sont « la stratégie de traitement » et « la formation reçue par l'hypnotiseur ». Les résultats montrent différents positionnements des participants face à la douleur aiguë.

Mots clés : Éthique, Douleur, Degré d'Acceptabilité, Soins postopératoires, Antalgique Opiacé, Morphine, Hypnose, Infirmière, Grand Public.

Ethical care and acute pain: the application of opiate medical prescriptions by nurses in postoperative care and the use of hypnosis in care-induced pain

This scientific contribution concerns the ethics of care provided to painful patients. Based on N.H. Anderson's Functional Theory of Information Integration (1981), two axes are presented. In the first one, focused on pharmacological treatment, 395 individuals, in 72 scenarios, judged acceptability conditions to refuse to deliver an opiate analgaesic to a patient who asks for it in the postoperative phase. Six factors were studied: age, degree of pain, number of requests, level of risk, outcome of surgery and treatment strategy. In the second area of research, focused on non-pharmacological treatment, 201 individuals in 48 scenarios assessed the acceptability of using hypnosis in the relief of pain induced by care. Four factors were studied: pain translated to a treatment, age-identity of the patient, treatment strategy, and training of the hypnotist. In the five clusters of our first study, the most influential factors are "risk" and "pain". In addition, the "age" factor does not seem to influence the degree of acceptability, thus respecting the principle of justice. However, in our second study, it appears that the four factors studied impact the degree of acceptability including age, contrary to the results of the first study. We determined eight clusters based on the weight given to the different combinations of these factors. The most important factors are "treatment strategy" and "hypnotist training". The results show different positions of participants facing acute pain.

Keywords : Ethics, Pain, Degree of Acceptability, Postoperative Care, Opiate Analgaesic, Morphine, Hypnosis, Nursing, General Public.