

Institut de formation en soins Infirmier du CHU de Rennes 2, rue Henri Le Guilloux
35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

« Lorsque les maux de l'esprit se confondent avec ceux du corps... »



<https://pixabay.com/fr/photos/sant%C3%A9-mentale-bien-%C3%AAtre-psychologie-2019924/>

QUILLET Capucine

Formation infirmière

Promotion 2017-2020



Table des matières

Introduction :	1
Situations d'appels :	2
Situation 1 :	2
Situation 2 :	3
Questionnement :	4
I. Cadre théorique :	5
1. La généralité de la douleur.....	5
1.1 Définition de la douleur	5
1.2 La souffrance et la douleur	7
1.3 Définition mécanique et physiologique :	8
2. La douleur en psychiatrie.....	11
2.1 La pathologie psychiatrique.....	11
2.2 La représentation social de la psychiatrie	14
3. Prendre en soin la douleur en psychiatrie	15
3.1 L'évaluation.....	15
3.2 Les traitements non médicamenteux	16
3.3 Les traitements médicamenteux.....	18
II. Enquête exploratoire :	19
1. Méthode exploratoire	19
2. Synthèse des données recueillies.....	20
3. Démarche d'analyse : confrontation des données recueillies avec le cadre de référence.....	24
Question de recherche :	27
Conclusion :	29
Bibliographie	1



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : *Lorsque les maux de l'esprit se confondent avec ceux du corps...*

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11/05/20

Signature de l'étudiant :

C. Quillet

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics. Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit

Remerciements :

Je tiens à remercier tout d'abord l'ensemble des formateurs de l'IFSI de Pontchaillou qui m'ont accompagné tout au long de ma formation.

Plus spécifiquement, je remercie ma référente de mémoire, Madame BOR, qui a suivi l'élaboration de ce travail d'initiation à la recherche.

Je tiens également à remercier les professionnels avec qui je me suis entretenue. Je les remercie du temps qu'ils m'ont accordé et de l'intérêt qu'ils ont porté à mon mémoire.

Je remercie aussi particulièrement mes parents qui ont su croire en moi au moment où j'en ai eu le plus besoin. Je les remercie aussi de m'avoir aidée dans l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, je remercie aussi toutes les personnes que j'ai rencontré durant ces trois années de formations et qui m'ont permis de me construire en tant que personne et en tant que professionnelle.

Introduction :

Lors de mon entrée en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), le mémoire d'initiation à la recherche (MIRSI) me paraissait lointain et flou. Petit à petit grâce aux exercices d'analyse de pratique professionnelle et aux cours de préparation au MIRSI j'ai commencé à prendre conscience de l'intérêt de ce travail pour ma future carrière professionnelle. En effet, je pense que le mémoire est un exercice qui nous permet d'apprendre à remettre notre pratique professionnelle en question. Il nous permet aussi d'apprendre à nous documenter pour faire évoluer notre vision des choses et notre regard sur le monde de la santé. En somme, cela nous permet de nous améliorer et de continuer de progresser quotidiennement.

Pour ce travail j'ai d'abord choisi un public avec qui j'ai envie de travailler plus tard : les patients atteints de troubles psychiatriques. Puis grâce à des situations vécues en stage j'ai focalisé mon attention sur la prise en soin de la douleur avec cette population. J'ai choisi la notion de douleur car elle est pour moi « l'ennemi » contre lequel les soignants se battent depuis toujours et qui reste pour autant une réelle difficulté dans nos prises en soin. De plus, je me suis rendue compte que la douleur en psychiatrie était encore une notion nouvelle et compliquée à prendre en soin.

Pour commencer, je présenterai mes situations d'appels, mon analyse et mon questionnement. Ces deux situations d'appel ont fait émerger beaucoup d'interrogations qui m'ont permis de poser ma question de départ :

“En quoi la pathologie psychiatrique du patient a une influence sur la prise en soin de la douleur par l'ide ?”

Par la suite je développerai mon cadre conceptuel qui aura pour but de définir les différentes notions abordées dans ma question de départ.

Puis je procéderai à l'enquête de terrain auprès d'infirmiers et j'analyserai les entretiens réalisés. Je conclurai ensuite le mémoire d'initiation à la recherche et donnerai une autre problématique

Situations d'appels :

Situation 1 :

Lors de ma première année en formations de soins infirmier, j'ai eu l'occasion de faire en stage au Centre Hospitalier Guillaume Régnier. J'ai été accueillie en Filière Intersectorielle des Hospitalisations Prolongées en Psychiatrie. Durant ce stage j'ai pris en soin Mr. P atteint de schizophrénie schizo-affective. Mr P. est un patient de 70 ans, il est institutionnalisé depuis l'âge de 19 ans dans divers établissements. Il n'a plus de famille à l'heure actuelle. Mr. P est un patient qui ne parle pas beaucoup. La plupart du temps il répond par oui ou par non, ou fait des phrases courtes pour s'exprimer. On soupçonne des troubles cognitifs en lien avec ses traitements. Il a un tempérament plutôt calme, il est agréable avec l'équipe qui l'apprécie beaucoup en retour. Il a besoin d'être guidé pour les gestes de la vie quotidienne.

Pendant mon stage Mr. P. a fait un arrêt respiratoire dû à une occlusion intestinale. Il a donc passé une semaine au CHU avant de revenir dans le service. A son retour, le médecin qui l'avait pris en soins à l'hôpital lui avait prescrit des hétéro sondages trois fois par semaine pour éviter qu'il ne se mette en globe urinaire. Mr. P. étant à ma charge, je fus amenée à commencer ses soins dès son retour. Sachant qu'il aimait particulièrement la musique et que le soin pouvait être compliqué, j'ai donc créé une playlist à lui passer durant le soin. Ce soin étant nouveau pour moi, je fus soulagée de voir que Mr. P s'était endormi très vite après que je l'ai installé et ai commencé la musique. Ce soin déjà complexe le fut encore plus lorsqu'il me fallut passer la prostate. J'ai dû recommencer le geste pour passer la butée plusieurs fois avant de décider de passer la main à l'infirmier qui m'encadrait. L'IDE ne réussit qu'après plusieurs reprises. Il m'expliqua donc que parfois, en vieillissant, la prostate des hommes pouvait devenir plus proéminente et rendait le passage de la sonde douloureuse et difficile. M. P. dormait toujours, il n'avait pas bougé depuis le début du soin.

Ne comprenant pas comment il était possible que Mr P puisse continuer à dormir et manifestement ne ressentir aucune douleur lors de cet acte reconnu comme très douloureux et prodigué plusieurs fois de suite, je me suis demandé si cet endormissement ne provoquait pas une analgésie et si ces phénomènes étaient liés à sa pathologie. J'ai pu réessayer de prodiguer le soin plusieurs fois avec l'accord du patient. A chaque fois le soin a duré entre 45 min et une heure à cause de sa complexité.

Néanmoins, Mr P. n'a pas une fois manifesté de douleur. J'ai été très interloquée : comment peut-il ne pas réagir ? A-t-il mal ? Est-ce dû à sa maladie psychiatrique ? A-t-il mal parfois, dans d'autres circonstances ? Sait-il exprimer la douleur ? Comment l'exprime-t-il à sa façon ? Aurait-il fallu lui donner un antalgique en prévention même s'il n'exprime pas de douleur ? Est-il toujours facile de mesurer la douleur ?

Situation 2 :

En 2ème année, j'ai été amenée à faire un stage en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Durant ce stage j'ai eu l'occasion de m'occuper de Madame R. qui était institutionnalisée depuis 5 ans. Madame R. avait 86 ans, et était une résidente autonome. C'était une femme appréciée de l'équipe malgré ses plaintes incessantes. En effet, une suspicion de psychose (hystérie) avait été posée par le médecin, ce qui pourrait expliquer sa demande d'attention. Durant mon stage, Madame R. a chuté, suite à cela l'infirmière présente au moment des faits, n'a remarqué aucun signe de fracture ou de commotion malgré les plaintes douloureuses de la patiente concernant son épaule. Elle a tout de même prévenu le médecin qui est passé la voir. Le médecin n'a demandé aucun examen supplémentaire car la patiente n'avait aucune perte de mobilité ni signe clinique pouvant attester d'une éventuelle fracture. Par la suite Madame R. a continué à venir nous voir régulièrement pour se plaindre de ses douleurs d'épaule. L'après-midi madame R. est venue me voir pour réitérer ses plaintes. En levant le bras vers le haut, elle me dit : "regardez mademoiselle, je n'arrive pas à faire ça". Je lui donnais donc un paracétamol prescrit par le médecin mais elle me dit qu'elle voulait passer une radio. Plus tard dans la journée je suis allée voir l'infirmière pour expliquer que madame R. n'était pas soulagée par le paracétamol et qu'elle voulait passer une radio. L'infirmière m'avait répondu que Madame R. était souvent plaintive mais que ses plaintes étaient dues à sa pathologie psychiatrique et qu'il ne servirait à rien de lui faire passer un examen qui coûtait cher.

En arrivant à mon lieu de stage quelques semaines après, l'infirmière présente m'apprit que Madame R. avait fait une tentative de suicide en buvant des produits de ménage. En effet, voyant que personne ne voulait écouter ses plaintes concernant son épaule et qu'elle avait mal Madame R. avait tenté de mettre fin à ses jours. Aux urgences il lui avait prodigué un lavage d'estomac et lui avait fait une radio de l'épaule qui avait

décelé une fracture de l'humérus. Je me suis alors demandé si nos représentations de la pathologie psychiatrique avaient altéré l'évaluation de la douleur de Madame R. ? Avions-nous suffisamment écouté la résidente ? Aurions-nous dû faire un entretien pour évaluer si la douleur était psychologique ou physique ?

Questionnement :

Ces situations ont fait émerger des questionnements. Qu'est-ce que la douleur morale et la douleur physique ? Comment différencier douleurs psychiques et douleurs physiques chez des patients présentant des pathologies psychiatriques ? Quel est le raisonnement clinique de l'IDE pour analyser et comprendre les douleurs décrites par un patient en psychiatrie ? Doit-on douter de la douleur d'un patient atteint d'un trouble psychiatrique ? Comment évaluer objectivement la douleur avec des personnes présentant des troubles psychiatriques ? Une personne présentant des troubles psychiatriques ressent-elle la douleur de la même manière qu'une personne qui n'en a pas et l'exprime-t-elle de la même façon ? En quoi la pathologie psychiatrique d'un patient peut impacter l'évaluation de la douleur ? Toutes ces questions m'ont permis de cheminer ma question de départ :

“En quoi la pathologie psychiatrique du patient a une influence sur la prise en soin de la douleur par l'ide ?”

I. Cadre théorique :

1. La généralité de la douleur

1.1 Définition de la douleur

Pour mieux comprendre la prise en charge de la douleur nous pouvons nous attarder un peu sur l'histoire de la douleur et sa législation. Dans l'antiquité, les hommes, incapables d'expliquer les mécanismes physiologiques des différentes fonctions humaines, cherchent leurs explications dans des interventions divines, magiques ou mythologiques. Prêtres et médecins sont confondus.

Puis jusqu'au milieu du XVIIe siècle, la douleur est considérée comme un symptôme du tact, conséquence d'un déséquilibre de la qualité des 4 humeurs (sang, bile jaune, bile noire et phlegme) constituant le corps humain. Dès le milieu du XVIIIe siècle, on assiste à une remise en question de l'approche de la douleur par les médecins et les philosophes. Elle est alors perçue comme indépendante du péché originel et de son châtement divin quelles que soient les explications nouvelles apportées sur son mécanisme de perception. Aujourd'hui, nous avons beaucoup plus de recul et de connaissances sur la douleur. En effet, grâce à des études complexes du corps humain et de son cerveau nous sommes capables de détecter et de prendre en charge la plupart des problématiques douloureuses. Cette prise en soin est aujourd'hui légiférée, ce qui nous permet de suivre une ligne de conduite et d'être plus performants dans cette prise en soin. En 1998, le premier plan triennal est mis en place. Il met en avant la prise en compte des demandes du patient en ce qui concerne la douleur. Puis en 2002, un deuxième programme national de lutte contre la douleur voit le jour. Ce plan renforce le premier et ajoute une dimension urgente à la prise en charge de la douleur chronique. Des formations sont proposées pour permettre à des milliers de soignants de se former à la prise en charge de la douleur. Enfin, en 2006 le troisième plan quinquennal est lancé pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur. Il met en place : l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment les enfants et les adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et en fin de vie ; la formation initiale et continue des professionnels de santé ; une meilleure utilisation des traitements médicamenteux et des méthodes non pharmacologiques.

La douleur est une notion très importante dans notre pratique. Elle est présente dans tous les établissements de santé et même dans le quotidien. Mais qu'est-ce que la

douleur ? Selon l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ». La définition de l'IASP évoque plusieurs termes essentiels qui me paraissent importants de définir et d'étudier.

En premier lieu, la définition nous parle d'expérience sensorielle et émotionnelle, ce qui induit que la douleur est une expérience strictement personnelle. La douleur et son ressenti appartiennent à celui qu'ils habitent. En effet, seul le patient douloureux détient la vérité sur son ressenti. Quelque chose qui ne nous paraît pas douloureux, peut l'être pour quelqu'un d'autre. De même, certains présentent une certaine résistance, ou insensibilité à la douleur, ces personnes que l'on pourrait qualifier de « dur au mal ». Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne ressentent pas la douleur mais que, pour ces patients, leur perception de cette sensation est moindre par rapport à la connotation sociale donnée à cette expérience. Pour la plupart des expériences pouvant créer une éventuelle douleur, on y associe un niveau de douleur (faible, fort, intense ...) et on peut avoir du mal à comprendre qu'une douleur que l'on considère comme faible puisse être pour quelqu'un d'autre une douleur intense.

Selon l'article « approche socioculturelle de la douleur » 2017, par Brigitte Samama publié dans L'Aide-Soignante, la douleur dépend du vécu du patient, de son histoire, de sa culture, de sa religion, de son essence. Selon les religions, la douleur a une place plus ou moins importante. Le patient peut alors, être plus ou moins démonstratif selon la connotation qu'a pour lui la douleur. De même, son histoire peut être un facteur de sa résistance ou non à cette expérience. Par exemple, une personne ayant déjà connu au cours de sa vie des douleurs qu'il a ressenti comme intenses, pourrait relativiser les nouvelles douleurs qu'il vit. Il pourrait en conséquence, ne pas éprouver de douleur avec des actes relativement courants, tel une prise de sang, car il pourrait la comparer avec des expériences plus intenses selon lui. Mais quelqu'un n'ayant jamais ou très rarement vécu d'expériences douloureuses va sûrement être plus sensible à cette prise de sang. On peut aussi observer que la société a une importance quant à la vision que l'on peut avoir de la douleur. On peut, par exemple, admettre qu'en France il est plus "normal" pour une fille d'être sensible et pour un homme d'être fort.

L'Inserm, quant à lui, nous parle de la douleur et son contexte. Le professeur D. Bouhassira, médecin, neurologue, spécialiste de la douleur, explique dans son dossier « Douleur, pour qu'elle ne soit plus vécue comme une fatalité », que la douleur peut être

vécu de façon différente selon l'environnement. En effet si nous sommes dans un environnement calme, paisible ou sécuritaire la douleur sera peut-être moins difficile à vivre que si nous ne nous sentons pas à l'aise ou en sécurité. Le professeur D. Bouhassira explique cela par la proximité qui existe entre les centres cérébraux responsables de la perception de la douleur et les centre des émotions. De même, si notre attention est focalisée sur autre chose que sur la sensation douloureuse, nous pourrons moins la percevoir. En effet, si notre attention est utilisée par une activité, nos sens se détournent vers cette activité à la place d'être focalisé sur notre douleur.

La deuxième partie de la définition de la douleur par IASP nous dit que celle-ci est associée à une douleur tissulaire réelle ou potentielle. Ainsi, elle intègre les douleurs somatiques et psychosomatiques, les douleurs physiques et morales. Mais alors quelles sont les différences entre toutes ces douleurs ?

1.2 La souffrance et la douleur

Pour essayer de comprendre la différence entre souffrance et douleur, j'ai choisi deux articles, l'un écrit par Paul Ricoeur, philosophe, et l'autre écrit par Annick Perrin-Niquet, Cadre supérieur de santé. Le premier article intitulé « Douleur et souffrance, sur les pas de Paul Ricoeur », paru dans *soins psychiatriques*, apporte un point de vue philosophique à ce mémoire d'initiation à la recherche infirmière sur l'axe majeur du thème : « La douleur et la souffrance ». Il aborde ce thème du point de vu de personnes extérieures à l'équipe soignante et potentiellement touchées par la douleur ou la souffrance. En effet, Paul Ricoeur s'appuie sur les écrits d'autres philosophes pour mieux comprendre la souffrance et la douleur et apporter des éléments de réponse à celles-ci. Le deuxième article quant à lui, adopte une approche plus pratique dans le domaine infirmier. En effet, l'article « Souffrance, douleur et soins », paru dans le même magazine, apporte une approche plus réaliste et proche de notre métier, qui me paraît intéressant à comparer avec le premier article. En effet, l'auteur : Annick Perrin-Niquet, rapproche le sujet « douleur et souffrance » à notre pratique et à nos soins en tant que soignant.

La première idée apportée par Paul Ricoeur est que la douleur et la souffrance sont toutes deux des expériences globales et universelles. En accord avec lui, Annick Perrin-Niquet explique que chaque Homme se confrontera à la souffrance au cours de sa vie. Tout le monde aura à traverser des épreuves, à franchir des obstacles qui

pourront engendrer un mal être et/ou une souffrance. En cela les deux auteurs se rejoignent quant à la banalité de cette expérience. Malgré tout, les deux auteurs expriment quand même la singularité et la notion d'intimité dans la douleur et la souffrance. Tous deux expliquent que la douleur est une expérience très personnelle qui est difficilement comparable. Annick Perrin-Niquet nous met en garde sur l'importance pour les soignants de ne pas l'oublier, car l'Homme a pour habitude de prendre son expérience douloureuse comme repère afin d'évaluer celle du patient. Elle appuie donc sur le fait qu'elle n'est pas comparable.

Ensuite, Paul Ricoeur nous dit que « la douleur n'est pas qu'une histoire de système nerveux » (Paul Ricoeur, 2012. Douleur et souffrance, sur les pas de Paul Ricoeur. *Soins Psychiatrie*, n°282, P12). En cela, on peut comprendre que plus qu'un message envoyé au cerveau, la douleur physique s'associe souvent à une douleur morale. Il différencie douleur physique et souffrance morale en deux catégories distinctes qui peuvent s'additionner. Annick Perrin-Niquet insiste sur l'idée que les douleurs morales peuvent être seul objet, d'un mal être ressenti par le patient. Mais elle nuance la différence entre douleur physique et souffrance morale en expliquant l'étroite relation entre les deux sensations souvent entremêlées, surtout dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, il est possible de somatiser une douleur morale pour la rendre légitime aux yeux de la société. Si la douleur est universelle, alors comment vivre avec au quotidien ?

Enfin, les deux auteurs essayent de trouver des solutions à cette problématique qu'est la souffrance. Paul Ricoeur, pense que pour combattre sa souffrance il faut se créer un espace sécuritaire et rompre son isolement en se regroupant entre personnes qui souffrent de la même chose pour se soutenir et se comprendre. Contrairement à Paul Ricoeur, Annick Perrin-Niquet propose un suivi et un accompagnement de la part des professionnels de santé. Elle explique qu'en tant que soignant il nous faut apprendre à écouter et à s'ouvrir au patient pour le comprendre et comprendre sa souffrance, ainsi il sera possible de rompre son isolement et de l'accompagner dans cette démarche de soin. Elle ajoute aussi, comme un conseil aux soignants, d'évaluer, d'observer et de se former à la douleur et à la souffrance pour mieux la prendre en charge.

1.3 Définition mécanique et physiologique :

Il existe différents types de douleurs somatiques. En effet on peut classifier les différentes douleurs dans 2 catégories distinctes : douleur aiguë et douleur chronique. La douleur aiguë est une douleur qui permet de nous alarmer sur un danger potentiel. Sa localisation, sa durée et son facteur exacerbant ou antalgique tel que la chaleur sont des indications pour le diagnostic étiologique. La prise en charge de cette douleur est importante car elle permettra d'éviter l'évolution de la douleur ou l'apparition d'autres lésions. Par exemple, chez un patient ayant des céphalées, si la douleur n'est pas prise en charge elle peut engendrer des douleurs au niveau du dos ou de la mâchoire, mais elle peut aussi devenir chronique et engendrer une pathologie chronique telle que la migraine. On voit donc l'importance d'une prise en charge rapide de la douleur aiguë car elle peut être annonciatrice d'un danger imminent ou s'aggraver avec le temps.

La douleur chronique est une douleur qui s'inscrit dans le temps. En effet, on estime d'une douleur chronique qu'elle dure depuis au moins 3 mois. Elle a plusieurs origines telles que l'environnement, l'état émotionnel ou bien la situation familiale ou professionnelle. La douleur chronique peut être due à un ancien traumatisme, à une maladie chronique, à un dysfonctionnement anatomique ou physiologique. Elle est aussi caractérisée par sa récurrence. En effet, elle peut apparaître selon des périodes climatiques (printemps, été, hivers...), affective (anniversaire d'un décès) ... De plus, alors qu'une douleur aiguë est généralement la réponse appropriée à sa cause (par exemple, la cicatrisation après une blessure), la douleur chronique n'a pas ce caractère.

La douleur chronique agit directement sur celui qui en souffre (d'emblée et/ou secondairement), mais aussi sur son entourage familial et social, y compris de travail (environnement et conditions) : tous ces éléments doivent être pris en compte au moment de la prise en charge. En effet, la douleur est un phénomène complexe dont la perception fait intervenir quatre composantes interactives : sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et enfin comportementale. Toutes ces dimensions sont à l'origine des troubles qui peuvent engendrer des difficultés d'adaptation à la vie sociale ordinaire telles que le travail, la vie privée, les gestes de la vie quotidienne ou encore l'humeur. La douleur chronique peut donc être à l'origine d'une souffrance totale.

La douleur suit un schéma complexe allant de l'endroit stimulé jusqu'au cerveau, qui lui, envoie le message douloureux. Pour simplifier ce parcours, on peut dire que la douleur provient d'un stimulus douloureux, engendré par un élément extérieur, qui est ensuite envoyé au cerveau grâce à un message nociceptif, puis il est intégré et exprimé

selon les codes socio-culturels du patient. Ce message douloureux peut être dû à la stimulation des récepteurs de la douleur (par excès de nociception) et/ou à la lésion de fibres nerveuses (douleur neurogène ou neuropathique).

Il existe 4 types de douleur : la douleur par mécanisme nociceptif, la douleur par mécanisme neuropathique, la douleur par mécanisme psychogène et la douleur par mécanisme dysfonctionnel.

- **la douleur par mécanisme nociceptif** provient d'une stimulation des récepteurs de la douleur (nocicepteurs) superficiels ou viscéraux par une destruction des tissus, une inflammation, une compression (contusion, plaie, fracture, infection, hématome ...). Ces douleurs sont les plus faciles à prendre en soin car elles sont visibles et faciles à traiter pour la plupart.
- **La douleur par mécanisme neuropathique** (ou neurogène) provient d'une lésion du système nerveux périphérique ou central. Cette douleur peut être présente même si la lésion est ancienne. Ses douleurs sont caractérisées par des brûlures, picotement, ou décharge électrique... Les douleurs neuropathiques peuvent perdurer encore longtemps après la guérison de la cause initiale. Par exemple chez un patient ayant été amputé, des douleurs peuvent persister après l'amputation au niveau du "membre fantôme". Les traitements de ses douleurs agissent sur la conduction des fibres nerveuses (antidépresseur, antiépileptique...)
- **La douleur par mécanisme psychogène** serait due à des troubles psychiques. Par exemple lorsque nous sommes stressés nous pouvons avoir mal au ventre. C'est notre psychisme qui somatise une émotion. Le plus souvent la douleur est ressentie à des endroits symbolique pour le patient, tel que le cœur ou la tête. Pour autant la douleur n'en est pas moins réelle. Elle doit être prise en soin de la même manière que les autres douleurs.
- **La douleur dysfonctionnelle** (ex-idiopathique) serait due à un dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur

On peut maintenant se demander quel est le but du message douloureux. Comme expliqué plus haut, la douleur aiguë a pour but de signaler un dysfonctionnement de

l'organisme. Elle a un rôle utile de signal d'alarme. Elle met en alerte l'individu pour qu'il remédie à une situation anormale. Elle a donc une fonction de protection. En effet, si nous ne ressentions pas la douleur nous pourrions nous mettre en danger. Par exemple, si nous mettions la main sur quelque chose de très chaud et que nous ne sentions pas la douleur, nous n'enlèverions pas la main de la source de chaleur. Cela créerait une plaie dangereuse pour l'organisme. De même, si nous nous cassions la jambe, sans le message douloureux, nous continuerions de marcher dessus et pourrions créer une infection ou perdre l'usage de celle-ci.

D'un point de vue biologique et évolutif, la douleur est une information permettant à la conscience de faire l'expérience de l'état de son corps pour pouvoir y répondre.

2. La douleur en psychiatrie

2.1 La pathologie psychiatrique

En psychiatrie on distingue plusieurs catégories de troubles : les névroses et les psychoses, les troubles de la conduite alimentaire, les addictions et les troubles de la personnalité. Les névroses regroupent tous les troubles psychiques chroniques ayant pour origine un conflit inconscient où le sujet n'est pas en rupture avec la réalité. Il y a absence de lésion corporelle qui pourrait engendrer le ou les troubles psychiques. Le sujet a conscience de ses troubles de façon plus ou moins marquée : il les conçoit au moins comme indésirables. Il existe beaucoup de différentes névroses. La névrose obsessionnelle se caractérise par des obsessions ou des compulsions souvent associées à un syndrome dépressif, des attaques de panique ou bien une phobie sociale. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est alors là pour diminuer l'anxiété du sujet. La névrose hystérique est caractérisée par une somatisation des angoisses du sujet qui se produit souvent en public avec des exagération et du théâtralisme. Un sujet atteint de névrose phobique est consumé par une angoisse souvent infondée et excessive.

Les psychoses regroupent tous les troubles psychiques qui sont caractérisés par une rupture avec la réalité. Elle s'exprime le plus souvent par des hallucinations sensorielles (auditives, visuelles, olfactives...) que le sujet ne peut reconnaître comme

tel mais qu'il considère comme réelles. Le sujet n'a pas conscience de ses troubles. La schizophrénie est une psychose définie par des symptômes positifs (hallucination, mégalomanie, angoisses ...), des symptômes négatifs (dissociation, désocialisation, incohérence...), une anosognosie.

Ces pathologies causent souvent des difficultés de communication avec les patients. La communication est une conduite psychosociale visant à transmettre une information par l'emploi du langage, des gestes, des attitudes ou des mimiques. En psychiatrie, le choix des mots et le paralangage peuvent être interprétés d'une toute autre manière que chez une personne qui n'est pas malade. La plupart du temps les patients atteints de troubles psychiatriques ne perçoivent pas cela de la même manière que nous. En effet, avec leur histoire de vie souvent troublée (violence, pauvreté, viol ...), leurs maladies et leurs symptômes (persécution, trouble de l'attention, désorganisation psychique...) tout est alors sujet à interprétation. En tant que soignant il nous faut donc faire attention à notre utilisation du verbal et du non verbal car ils peuvent être mal compris et même créer des situations dangereuses. Par exemple une blague mal comprise peut être vécu comme une agression de la part du patient. Mais à l'inverse il peut nous être difficile aussi de comprendre le patient car il utilise des façons différentes de communiquer. Par exemple, quelqu'un n'ayant pas de pathologie psychiatrique, lorsqu'il est douloureux va protéger la partie douloureuse, avoir le visage crispé ou encore se mettre en position antalgique. Chez une personne atteinte d'une pathologie mentale ces signes douloureux ne seront sûrement pas les mêmes. En tant que soignant il nous faudra donc déceler les autres marqueurs du paralangage pour permettre une prise en soin optimale du patient.

Durant les dix dernières années, beaucoup d'hypothèses ont été abordées sur la douleur chez les patients en psychiatrie. Une des premières a été de dire que le patient atteint de troubles délirants ou de psychoses ne ressentait pas la douleur. En effet, au vu du manque de réaction, de la part de ce type de patients, aux stimulus douloureux, certains chercheurs ont émis l'hypothèse que ces patients présentaient une analgésie due à leurs troubles. Ils ont alors déduit que le message nerveux ne devait pas arriver jusqu'au centre de la douleur. Des expériences ont alors été mises en place pour confirmer ou réfuter cette hypothèse, le but étant de suivre le message nerveux donné par un stimulus douloureux à un patient présentant des troubles mentaux. Cette expérience a alors montré que ce type de patient était bien en capacité physique de

ressentir la douleur. Aujourd'hui, les chercheurs ont une toute autre explication quant à la non réactivité du patient face à la douleur. Les patients ressentent la douleur mais n'y réagissent pas de la même manière qu'une personne sans trouble mental. En effet, l'expression de cette sensation se fait dans un langage ou dans un paralangage qu'il faut savoir décoder. Chez un patient délirant chronique, la plainte douloureuse risque tout particulièrement d'être négligée. Le délire peut prendre tant de place qu'il ne laisse pas suffisamment la douleur s'exprimer. Pour autant le délire n'abolit pas la lucidité quant à la douleur.

A contrario, chez certains patients, la douleur est un des symptômes de leur pathologie psychiatrique. En effet, le patient peut exprimer ses angoisses, peurs et insécurités grâce à l'expression de douleur ; c'est ce qu'on appelle des douleurs psychosomatiques. L'expression des sensations est parfois complexe, on peut manquer de mots, ne pas réussir à les exprimer comme on le voudrait, alors lorsque la communication est déjà compliquée par la pathologie psychiatrique, l'expression de ce sentiment devient d'autant plus complexe. Il pourrait être alors plus facile de les exprimer par le biais de douleurs physiques qui nous paraissent plus simples et plus concrètes. De plus, lorsque la douleur est intérieure elle peut paraître moins légitime car elle n'est pas visible. En effet, on reconnaît plus facilement le traumatisme quand il est physique et visible que lorsqu'il est psychique et invisible au premier regard. On peut aussi voir dans la somatisation une façon de rationaliser la douleur morale que le patient peut ressentir. Chez certains patients, comme les patients atteints de troubles de la personnalité ou de troubles de l'affection, la somatisation peut être le moyen d'attirer l'attention, pour combler un manque d'affection, un vide ou même car c'est une façon d'exister. On peut constater que la partie du corps touchée est souvent symbole de ce qui est touché psychiquement. D'ailleurs, ce constat s'illustre à travers de nombreuses expressions populaires telles que "j'en ai plein le dos" qui illustre une sorte de poids que nous porterions sur nos épaules. Ainsi, cette idée de charge trop lourde, qui pèse sur la personne concernée, pourrait se somatiser par un mal de dos, représentatif de sa douleur morale, de sa souffrance.

2.2 La représentation social de la psychiatrie

D. Jodelet (1993) propose une définition des représentations sociales : « *la représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». Cette forme de connaissance, parce qu'elle se distingue de la connaissance scientifique, est parfois appelée « savoir de sens commun » ou « savoir naïf ». Une idée reçue est d'autant plus acceptée et adoptée par chacun qu'elle convient à notre système de pensée et reste conforme à nos dispositions en nous offrant une réponse simple à des questions complexes. En cela, on définit quelque chose par ce qui nous semble logique ou socialement admis. La représentation sociale répond à une stimulation émotionnelle et non intellectuelle. Par exemple on définit le patient atteint de pathologie psychiatrique comme quelqu'un de dangereux car on en a peur, non pas parce qu'on connaît la pathologie. Le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale inspire de nombreuses fausses croyances, de nombreux mythes, qu'il convient de confronter à la réalité. Une de ces représentations est celle que les schizophrènes sont dangereux et violents. Ou que la seule façon de soigner les malades mentaux c'est de les enfermer à l'hôpital psychiatrique et de leur donner des médicaments. Toutes ces représentations sociales sont responsables de la marginalisation des soins psychiatriques et de ses patients. En effet, la peur de ce type de pathologie est à l'origine du retard de la médecine psychiatrique dans l'histoire. En médecine générale, les scientifiques se sont posés de nombreuses questions qui ont pu faire avancer la prise en charge du patient. Mais en psychiatrie ces questionnements ont été beaucoup plus tardifs à cause des représentations sociales. De plus la pathologie psychiatrique a été très peu comprise et considérée comme une réelle pathologie pendant longtemps. Par exemple, la dépression a été considérée comme simple manque de volonté de la part des patients. La pathologie psychiatrique n'étant pas considérée comme une pathologie réelle il est alors compréhensible que les recherches aient autant tarder. Aujourd'hui encore, nous ne connaissons pas tout de la pathologie psychiatrique.

3. Prendre en soin la douleur en psychiatrie

3.1 L'évaluation

L'évaluation est le premier soin à prodiguer pour prendre en soin la douleur. C'est le premier pas pour soigner, apaiser un patient, peu importe sa pathologie. En psychiatrie, contrairement à la médecine générale, la plainte douloureuse peut être particulière. Il faut alors être vigilant quant aux changements de comportement souvent confondus avec des symptômes de la pathologie. Lorsque se pose une suspicion de douleur chez un patient présentant des troubles psychiatriques il faut tout d'abord définir cette douleur. En effet comme expliqué en amont, la douleur peut être aussi bien physique que somatique ou bien tout simplement morale. Pour la prendre en soin il nous faut donc en définir la nature pour adapter notre prise en soin. En effet, si nous n'adaptions pas notre prise en soin, le processus antalgique, qu'il soit médicamenteux ou non, n'aura pas l'efficacité escomptée. Pour autant il nous faut garder en tête que le patient est expert de sa douleur et qu'il détient, seul, la vérité de ce qu'il ressent. Pour évaluer la douleur, il est donc important de faire appel aux qualités de perception et d'observation pour définir la nature de la douleur. Il peut aussi être adapté de faire un entretien avec le patient pour lui laisser un temps de parole. En effet cela pourra lui permettre de mieux définir sa douleur et de définir avec lui si la douleur est psychologique ou physique.

En psychiatrie il est plus compliqué d'évaluer la douleur que dans un service de soins généraux. En effet, l'évaluation de la douleur nécessite une attention permanente de la part de l'équipe médico-soignantes. Les troubles de la communication verbale peuvent altérer l'évaluation. Le manque de réaction émotionnelle de ces patients en lien avec leur pathologie, l'absence de réactivité comportementale ou encore les paroles et comportements difficiles à interpréter sont des obstacles à cette évaluation. En psychiatrie, le patient demeure la plupart du temps communicant dans sa quasi-totalité. On peut dans ce cas parler de patient "dyscommunicant" ou de "non-verbalisant". Il est capable de parler, mais pour une majorité, incapable d'exprimer son ressenti. Face à la douleur, l'évaluation de la douleur est primordiale pour permettre l'efficacité du traitement. Pour avoir une évaluation efficace il faut observer les changements de comportement du patient (pleurs, cri, agitation...), l'apparition d'automutilation, le changement de posture pour éviter l'inconfort ou encore l'apathie ou le repli sur soi. Pour mieux reconnaître ces signes il est alors impératif de connaître le patient et ses

habitudes. Lorsqu'on ne connaît pas suffisamment le patient (nouveaux arrivés, service de courte durée ...) la famille peut être ressource ainsi que les collègues.

Il existe aussi de nombreux outils qui sont à disposition des soignants pour évaluer la douleur. La douleur étant une expérience personnelle, il faut pouvoir avoir des outils les plus neutres possibles. Cela évitera ainsi de projeter notre propre ressenti et nous permettra de tenir compte uniquement de celui du patient. Les échelles de la douleur recueillent des informations à différents moments afin de pouvoir les comparer. Ainsi, on peut connaître l'évolution de la douleur et l'efficacité de sa prise en soin. C'est pourquoi il est plus intéressant d'utiliser la même échelle pour toute la continuité de la prise en soin du patient. On utilise une échelle d'autoévaluation chez les patients communicants. Elle peut être essayée chez les personnes avec déficit cognitif. Pour les patients ne pouvant pas répondre à une autoévaluation, les soignants doivent utiliser une échelle d'hétéroévaluation. Celle-ci doit être réalisée en équipe pour approcher au maximum de la vérité. Dans les échelles d'autoévaluation on compte l'échelle numérique (EN), l'échelle verbale simple (EVS), l'échelle des visages et l'échelle visuelle analogique (EVA). On peut aussi compléter ces échelles par un schéma du corps permettant au patient de nous montrer la zone douloureuse. L'échelle d'hétéroévaluation est utilisée lorsque le patient est dans l'incapacité cognitive ou fonctionnelle de communiquer (trouble de la communication verbale, difficulté de compréhension, mutisme...), les soignants évaluent en équipe la douleur grâce à une observation attentive du patient. Dans cette catégorie il existe les échelles DOLOPLUS, ECPA et ALGOPLUS qui sont spécifiques à la personne âgée mais qui, en cas de besoin, peuvent être utilisées chez des patients plus jeunes présentant des troubles psychiatriques par exemple. Il n'existe pas d'échelle d'évaluation propre à la psychiatrie. Selon les capacités de communication du patient, il faut adapter l'échelle d'évaluation. On peut même utiliser plusieurs échelles différentes pour permettre une évaluation plus précise.

3.2 Les traitements non médicamenteux

Dans la législation, l'article R4311-1 nous dit qu'il nous faut « participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes » (loi Léonetti). Dans le code déontologique, l'article 37 nous

dit qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement » et dans le droit du patient, l'article L 1110.5 du code de la santé publique nous dit « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée... ». Toutes ces lois sont un guide pour les soignants. Elle nous parle de l'importance de la prise en soin de la douleur en psychiatrie. Mais comment choisir le soin adapté face à la douleur ?

Dans l'article « soulager la douleur sans médicaments » n°106 dans le magazine Chorus paru en 2013, le centre hospitalier de Limoge nous donne les clés pour une bonne prise en charge de la douleur sans passer par les thérapeutiques. Les techniques antalgiques non médicamenteuses ont longtemps été mises de côté car peu connues et considérées comme inefficaces. Aujourd'hui, elles ont su gagner leur place au sein de la médecine. Elles sont souvent appréciées des patients et des médecins car elles n'ont peu, voire, pas de contre-indications.

Soulager la douleur, c'est avant tout écouter, comprendre et évaluer. Depuis quelques années, les techniques antalgiques non médicamenteuses ont fait leur entrée dans nos services de soins. Hypnose, musicothérapie, relaxation, neurostimulation transcutanée, entretien infirmier, écoute... ces techniques représentent un complément efficace, voire une alternative aux médicaments. Ces techniques non médicamenteuses vont permettre de diminuer la consommation de médicaments des patients. En psychiatrie, les patients peuvent consommer une grande quantité de médicaments et avoir des conduites addictives à certaines substances. De plus, certains antalgiques peuvent être addictifs. Le fait de limiter cette prise médicamenteuse va éviter l'accommodation, l'accoutumance et l'addiction chez les patients. Cela permet aussi d'éviter l'accumulation des effets secondaires des antalgiques à ceux des traitements pour la pathologie psychiatrique souvent nombreux. Ces soins non médicamenteux peuvent aussi permettre au patient de mieux comprendre sa douleur et de mieux la gérer. Malheureusement, tous les établissements n'ont pas les moyens de mettre en place la plupart de ces techniques.

En psychiatrie, les équipes ont l'habitude d'utiliser des soins non thérapeutiques pour soigner les patients qui en ont besoin. Les soignants peuvent mettre en œuvre des activités thérapeutiques en groupe ou individuelles pour prendre en soin la douleur. Grâce à cela le patient s'apaise et peut ne plus être douloureux. Si la douleur est psychosomatique, prendre en soin le « psycho » peut être une solution pour soigner le

somatique. De même, utiliser la distraction peut permettre au patient d'oublier sa douleur et focaliser son attention sur l'activité. Cette méthode ne va pas enlever la douleur mais permettre au patient de se focaliser sur autre chose. Des activités de relaxation peuvent aussi être adaptées pour soulager la douleur. La relaxation est un bon exercice pour permettre au patient de gérer sa douleur et de soulager l'anxiété qui est une composante qui peut exacerber la douleur. La relaxation peut passer par des soins socio-esthétiques, par de l'hypnose, du toucher bien-être ou bien encore par des techniques de respiration.

Mais on peut aussi associer ces techniques non médicamenteuses à une prise en charge médicamenteuse lorsque cela ne suffit pas.

3.3 Les traitements médicamenteux

Pour choisir un traitement thérapeutique, il est important de tenir compte non seulement du patient (âge, poids, contre-indication...) mais aussi de sa douleur (type de douleur, évolution, intensité) et de son histoire pharmacologique (les traitements qui ont été par le passé efficaces et ceux qui ne l'ont pas été). Il faut adapter les prises selon les causes de la douleur et adapter le mode d'administration selon le patient et sa douleur. Il est aussi primordial d'anticiper les douleurs prévisibles. Les douleurs prévisibles sont celles induites par le soin ou inhérentes à une cause prévisible tel que l'heure ou le temps. Les douleurs induites sont le plus souvent de courte durée et sont prévisibles. Certains gestes du quotidien peuvent générer des douleurs parfois importantes qui pourraient être évitées. En psychiatrie les gestes les plus douloureux sont souvent les injections, les pansements, les prises de sang, ou encore les effets secondaires des traitements tels que les constipations. Prévenir cette douleur va éviter une association d'idées : le soin entraîne la douleur. Pour éviter cela, il serait bon d'expliquer au patient le soin réalisé pour éviter l'effet de surprise et d'inconnu. Il faut rechercher sa collaboration, prévoir une éventuelle prémédication, regrouper les soins et favoriser un environnement optimal (sécurisant, calme...)

Pour soulager les douleurs on utilise des antalgiques classiques rangés en 3 catégories : le palier 1, le palier 2 et le palier 3. Les antalgiques de palier 1 sont indiqués dans les douleurs légères à modérées. Dans certains service les infirmiers sont habilités à les prescrire. Les antalgiques de niveau 2 sont des opioïdes faibles qui sont utilisés pour des douleurs modérées à fortes résistantes aux antalgiques de palier 1. Ils sont

utilisés seuls ou en association avec du paracétamol. Les antalgiques de palier 3 ou opioïdes forts sont utilisés en cas de douleurs fortes à intenses ou en cas d'échec des antalgiques plus faibles. Ces traitements sont disponibles sous différentes formes galéniques pour adapter leur administration à la situation. Pour soulager la douleur on peut aussi utiliser des médicaments à action spécifique comme des anticonvulsivants pour les douleurs neurogènes. Certains antidépresseurs peuvent aussi avoir une action antalgique par des mécanismes indépendants de leurs action sur l'humeur.

II. Enquête exploratoire :

1. Méthode exploratoire

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche j'ai eu l'occasion d'interroger des professionnels de santé afin d'approfondir ma recherche. A travers deux entretiens, j'ai questionné deux infirmiers sur le sujet de mon mémoire afin d'avoir des axes de réponse à ma problématique et de pouvoir mettre en parallèle mes recherches et leurs ressentis. J'ai donc choisi un infirmier travaillant en service d'admission psychiatrie et un infirmier intérimaire travaillant avec toute sorte de public. J'ai réalisé un guide d'entretien composé de questions semi directives afin que les infirmiers puissent répondre librement et que je puisse aborder les différents sujets de mon mémoire. Il m'a aussi paru important de mettre mon sujet dans son contexte en demandant aux infirmiers de me raconter des situations où ils ont été confrontés à la douleur. Ce guide d'entretien aborde la douleur dans sa globalité. Dans un premier temps j'aborde la définition de la douleur puis l'évaluation, la prise en soins de la douleur et enfin les difficultés et les facilités que peuvent avoir les professionnels dans la prise en soin de la douleur.

J'ai choisi deux infirmiers avec des profils différents pour permettre une plus grande richesse dans l'analyse du sujet. Mon premier entretien a été fait avec un infirmier du service dans lequel j'ai fait mon stage de semestre 6. J'ai donc suivi cet infirmier durant 6 semaines avant de l'interroger sur la douleur. Cet entretien a été réalisé dans l'enceinte du service, dans une pièce au calme où nous n'avons pas été dérangés. Pour le deuxième entretien, j'ai dû adapter la rencontre au vu de la crise sanitaire dans lequel nous étions (corvid 19). J'ai donc contacté l'infirmier par visioconférence en fonction de ses disponibilités. J'ai leur accord pour enregistrer les entretiens ce qui m'a permis de le

retranscrire et de l'étudier et de pouvoir me concentrer pendant l'échange. Ces entretiens ont duré environ 15 minutes chacun. La retranscription des entretiens est présentée en annexes.

Au cours des entretiens j'ai parfois eu besoin d'utiliser des questions rebond afin que mes interlocuteurs approfondissent leurs pensées ou qu'ils puissent clarifier ma question. Cela m'a permis de rediriger l'entretien dans la direction attendue et d'avoir plus de précisions sur les réponses données.

Les deux infirmiers, était contents de pouvoir répondre à mon guide d'entretien. Ils ont apprécié le choix de mon sujet de MIRSI.

2. Synthèse des données recueillies

Le premier infirmier a environ 10 ans d'expérience dans le domaine infirmier et est entré dans le secteur de la psychiatrie il y a 6 ans. Le second a seulement 1 ans d'expérience mais côtoie depuis son diplôme plusieurs secteurs en tant qu'interiminaire. Il m'a paru intéressant de pouvoir avoir deux infirmiers qui n'ont pas la même expérience car cela peut avoir un impact sur leurs réponses. De plus, n'ayant pas les mêmes expériences professionnelles, la vision de la douleur en psychiatrie n'est pas la même. Malgré cela, la prise en charge d'un patient atteint de pathologie psychiatrique est fréquente même dans les services qui ne sont pas dédiés. C'est pour cela qu'il est intéressant d'interroger un infirmier qui n'a pas forcément été dans un de ces services. Pour simplifier la lecture j'appellerais le premier infirmier IDE 1 et le deuxième IDE 2.

En rapport avec la définition de la douleur, les deux infirmiers ont des représentations similaires de celle-ci. La douleur est une sensation inconfortable, anormale qui peut être ressentie et perçue, qui peut être de deux formes, somatique ou psychique. Elles peuvent être d'origines différentes : douleurs somatiques, douleurs psychosomatiques, douleurs psychiques, douleurs neuropathiques ou douleurs fantômes. L'IDE 1 explique tout de même que ces douleurs ont toutes un point commun : "elles ont un point commun c'est que pour le patient c'est la même chose. Qu'elle soit vraie ou fausse il y quand même un ressenti et elle va demander d'être traitée. Soit par un traitement soit par un échange". L'IDE 2 ajoute quant à lui que ces douleurs "nécessitent toutes une prise en charge

différente”. Il explique aussi que la douleur du patient est toujours réelle pour lui peu importe son origine.

Dans le cadre de la psychiatrie, les deux infirmiers sont d'accord pour dire que les patients ont des douleurs somatiques et psychiques au même titre qu'un autre patient. L'IDE 1 explique tout de même que la perception de la douleur pour le patient peut changer en fonction de sa pathologie. Dans certains cas, notamment chez les patients psychotiques, une hyper ou hypo sensibilité peut être constatée selon lui. “Ceux-ci ont une perception de la douleur altérée due à leur pathologie : ” “une perception de la réalité ou de leur corps qui est différente de nous”. Il ajoute que certains patients ne reçoivent pas la douleur comme tout le monde. L'IDE 2 est plus nuancé et explique que la pathologie psychiatrique “ne change rien au fonctionnement du corps humain”. Il constate que les patients atteints de pathologies psychiatriques sont même plus souvent douloureux : “évidemment ils ont des douleurs, voire même ils sentent beaucoup plus de douleur que nous, dû à leur pathologie, avec des douleurs psychosomatiques ou psychogènes”. Par contre il explique que l'expression de la douleur diffère de celle d'une personne “normale”. L'attitude du patient et sa façon de nous la montrer est souvent différentes. Il est donc intéressant de l'évaluer sur toute une journée pour mettre en évidence un changement de comportement.

L'IDE 2 insiste sur le fait que la prise en soin de la douleur est de première nécessité dans l'exercice du métier d'infirmier : “c'est vraiment central dans notre boulot cette gestion de la douleur”. Il explique qu'en cas de douleur il va commencer par une évaluation de celle-ci avec des échelles adaptées à la situation. L'IDE 2 explique qu'il est important pour lui de faire une évaluation quotidienne de la douleur à l'aide d'une échelle objective de la douleur. Dans la journée, il utilise des échelles numériques lui permettant une évaluation rapide de la douleur. Dans un second temps, il explique qu'il va ensuite “inspecter” le patient. Faire deux évaluations différentes de la douleur lui permet d'être plus précis dans sa prise en soin. L'observation du patient dans ces différentes habitudes lui permet de constater ou non une douleur inhabituelle. L'IDE 1, quant à lui, dit qu'il n'évalue pas systématiquement la douleur du patient à part à son entrée dans le service. Il exprime qu'il ne le fait pas suffisamment mais explique que le but principal de l'hospitalisation dans son service n'est pas la prise en charge de la douleur, “si ce n'est la souffrance psychique”. Dans cette situation l'IDE 1 utilise une échelle numérique du moral mais n'utilise pas souvent d'échelle pour les douleurs

somatiques. Il explique qu'il les utilise en cas de plainte du patient ou à l'administration d'un traitement antalgique. Les deux infirmiers s'accordent en disant que la première difficulté dans l'évaluation de la douleur en psychiatrie est la communication avec le patient. S'il constate une éventuelle douleur de la part de l'un de ses patients il prévient alors le médecin somaticien pour prévoir une consultation. .

Dans le cadre de la psychiatrie les deux infirmiers expliquent qu'il est parfois compliqué de communiquer avec les patients. Ils sont parfois dans l'incapacité de communiquer et parfois c'est la pathologie qui crée un dysfonctionnement de la communication. L'IDE 1 explique qu'il lui arrive de douter du patient lorsqu'il demande un antalgique. Quand la pathologie est une addiction aux antalgiques il est alors compliqué de juger de la douleur du patient : "c'est un patient qui, à son domicile, consommait des traitements antalgiques. Là c'est vraiment difficile d'évaluer la vraie douleur, parce qu'on a beau interroger le patient, il nous confie sa douleur ; mais comment faire ? Puisque c'est à la fois sa problématique et à la fois son motif d'entrée". L'IDE 2 explique que dans certains services il a pu mettre en place une échelle basique permettant de pouvoir comparer le comportement d'un patient ayant des difficultés de communication. Le but de cette échelle étant d'avoir une référence sur une journée. En effet, il explique que l'échelle EDAAP se base sur un état basal du patient sur une journée. Puis on réitère l'évaluation en cas de doute d'une douleur chez le patient. D'après l'IDE 2, cela leur permet de "voir s'il y a de la douleur sur des facteurs qui ne seraient pas forcément vu sur des échelles plus simples". L'infirmier 1, explique que dans le cas de patients ayant une addiction, il ne va pas faire d'évaluation de la douleur, volontairement. Il explique qu'il est préférable selon eux de ne pas leur demander car ils diraient qu'ils ont mal pour pouvoir avoir des antalgiques dans un but de consommer des substances addictives. Dans ce cadre il suppose qu'il vaut mieux attendre que le patient vienne spontanément se plaindre de douleurs car s'il ne le fait pas c'est qu'il n'a pas besoin que l'on prenne la douleur en soin. Mais il nuance son propos en constatant que c'est "du cas par cas". Les deux infirmiers se rejoignent quant au constat qu'il est parfois difficile de démêler les différentes douleurs. Il revient à l'infirmier d'évaluer de quelle douleur souffre le patient. Est-ce une douleur somatique ou psychosomatique ? L'ide 2 explique : "c'est parfois difficile de savoir si finalement la douleur dont se plaint le patient n'est pas psychique plutôt que somatique."

En ce qui concerne la prise en charge de la douleur, l'IDE 1 me confie que ce qui la facilitait était le fait que les infirmiers ont la capacité de prescrire des antalgiques de palier 1 tel que le paracétamol. Cela permet de pouvoir agir directement sur la douleur sans attendre qu'elle progresse ou qu'elle devienne insupportable. L'IDE 2 trouve, lui, que les échelles d'évaluations, et les protocoles anti douleur lui permettent une meilleure prise en soin de la douleur. Ils disent par contre tous deux que le manque de médecin est un frein à cette prise en soin. Le manque de formation sur la douleur a aussi une incidence sur la prise en soin du patient, selon l'infirmier 2 : "J'ai bien aimé accéder à une formation sur la douleur pour prendre en soin la douleur chez des patient dyscommunicant.". Il explique tout de même que les différents protocoles de service sur la douleur facilitent la prise en soin du patient douloureux présentant des troubles psychiatriques. L'infirmier 1, quant à lui, trouve que la prise en soin de la douleur est complexe lorsque le nombre de soignant ne permet pas une prise en soins particulière avec chaque patient. Il explique aussi que la prise en soin de certains patients altère parfois celle des autres patients. Des prises en soins parfois compliquées, qui demandent une attention particulière, occupent parfois tellement l'attention du soignant que cela devient difficile de voir la douleur d'autres patients. "Parfois on est trop occupé avec un patient qui nécessite une prise en soin particulière et on oublie un peu les autres". L'infirmier 1 explique aussi qu'il faudrait plus de suivi somatique pour les patients et notamment avec les services de neurologie : "Je pense que si on pouvait avoir des suivis plus proches ou en tout cas un meilleur travail avec le neurologue peut être qu'on arriverait à comprendre un peu mieux sa douleur."

Dans le cadre d'une prise en charge d'un patient en psychiatrie, l'IDE 2 raconte qu'un patient est venu le voir pour un mal de ventre. Après avoir évalué la douleur du patient et avoir parlé un peu avec lui, l'infirmier s'est rendu compte que la douleur n'était pas somatique. Il a alors fait un entretien infirmier avec le patient afin de le soulager. Au final, rien qu'en utilisant l'écoute il a réussi à soulager la douleur du patient. Mais dans certains cas, l'IDE 1 explique que même si la douleur est psychosomatique un antalgique va permettre de réduire la douleur physique pour ensuite prendre en soin la douleur psychique : "Après je pense que même si le patient à une douleur psychosomatique ça n'empêche pas de donner un antalgique et ensuite on peut faire un entretien infirmier pour soulager le côté psychologique"

3. Démarche d'analyse : confrontation des données recueillies avec le cadre de référence

Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le but de confronter les informations recueillies dans le cadre théorique et les informations recueillies auprès des professionnels de santé.

Je remarque que les grandes idées du cadre théorique et celles des entretiens coïncident pour la plupart. Tout d'abord, les deux infirmiers ont une représentation de la douleur qui correspond à la définition donnée par l'IASP. Ils expliquent, tous deux, qu'il existe différents types de douleurs. Ils évoquent les douleurs somatiques et psychosomatiques, les douleurs morales et physiques. Tout comme dans les recherches que j'ai faites, toutes ces douleurs sont évoquées. Par contre l'IDE 1 met en avant une différence entre "vrai et fausse" douleurs. Lors de mes recherches, j'ai compris que la douleur, quelle qu'elle soit, est une vraie douleur à partir du moment où elle est ressentie par le patient. Dans l'article "vrai ou fausse douleur ?" dans le journal des psychologues en 2007, Laurence Lacroix explique que toutes les douleurs sont de vrais douleurs. Il n'existe pas de fausse douleur car même si la cause de celle-ci est psychique elle provoque tout de même un message nerveux douloureux. L'IDE 2 est d'accord avec cela. Mais l'infirmier 1 explique qu'il est quand même nécessaire, peu importe la douleur, de la prendre en soin. Je suis d'accord avec cela, je pense que peu importe le patient ou le type de douleur, il mérite une prise en charge singulière.

Dans le cadre de l'évaluation de la douleur, l'IDE 1 explique qu'il n'évalue pas systématiquement la douleur dans son service. Cela nous montre que la prise en soin de la douleur n'est pas toujours une priorité en fonction des services. Malgré cela, je pense qu'il est important de prendre en soin le patient dans sa globalité ce qui signifie prendre en charge tous les aspects du patient : pathologie, douleur, famille, aspect social ... De plus il est important de noter qu'il est contraire aux recommandations des bonnes pratiques selon l'HAS de ne pas prendre en soin le patient dans sa globalité. Mais l'infirmier 1 explique aussi qu'il fait régulièrement une évaluation du moral du patient. L'IDE 1 explique qu'il demande aux patients de quantifier leur moral sur une échelle numérique de 1 à 10. En cela, il évalue la souffrance psychique du patient pour apaiser celle-ci. Je trouve que la démarche de l'ide 1 est pertinente car elle permet d'évaluer la douleur psychique avec un outil d'évaluation adapté à celle-ci. En effet, comme expliqué

dans le cadre théorique, la douleur peut aussi bien être physique que morale. Il faut alors adapter notre évaluation et notre prise en soin pour permettre une réelle efficacité au traitement. L'IDE 2, lui, utilise quotidiennement des échelles adaptées au patient et à sa capacité de communication. Il est en accord avec les recherches établies plus tôt dans ce mémoire. Il explique qu'il utilise des échelles lui permettant de percevoir des changements de comportement de la part du patient pour pouvoir y déceler une éventuelle douleur. Effectivement, pour faire une bonne évaluation de la douleur en psychiatrie il faut rester attentif aux changements de comportement du patient. Cris, pleurs, agitation, manque de réactivité, automutilation, sont souvent des signaux d'alerte d'une potentielle douleur. Ces changements sont souvent pris pour des symptômes de la maladie psychiatrique. Les deux infirmiers expliquent qu'il est parfois difficile d'évaluer la douleur dans le cadre de malades psychiatriques. C'est ce que j'ai personnellement ressenti lors de mes stages et ce qui a amené mon questionnement initial et le sujet de mon mémoire. Lors de mes recherches, je me suis rendu compte qu'il n'existait pas d'échelle d'évaluation spécifique à la psychiatrie. Je pense néanmoins que l'on peut utiliser une échelle en s'adaptant aux capacités du patient. On peut utiliser des échelles d'auto ou d'hétéro évaluation ou bien même des échelles qui permettent une évaluation sur une journée. Dans un second temps les deux infirmiers mettent en évidence leurs difficultés en ce qui concerne la prise en soin de la douleur chez des patients atteints de pathologie psychiatrique. En effet leur principale difficulté est la communication avec certains patients. La difficulté de certains patients à communiquer est un des facteurs d'une mauvaise prise en charge de la douleur. Lors de mes différents stages, c'est la principale difficulté que j'ai rencontrée. Face à cela j'ai eu parfois la sensation de ne pas réussir à accéder aux besoins du patient. Dans le cadre de mes recherches, les différents auteurs expliquent qu'en psychiatrie les patients ont souvent des difficultés de communication et que cela complique l'évaluation de la douleur et sa prise en charge. Cette difficulté est aussi relevée dans les recherches faites dans le cadre théorique. La réponse donnée à cette difficulté, par ResCLUD dans le "livret douleur en psychiatrie, est de maintenir une attention particulière au changement de comportement du patient. Je pense qu'en plus d'une attention particulière portée au patient, on peut faire des entretiens avec lui pour laisser le temps au patient de s'exprimer et de créer une relation de confiance permettant au patient de se confier sur sa douleur. La deuxième difficulté relevée par l'IDE 1 est la confiance dans les propos du patient. En effet, il explique qu'il peut douter de la réelle douleur du patient dépendant aux antalgiques. Cette notion

d'addiction n'a pas été évoquée dans le cadre du mémoire. Toutefois, la règle est de croire le patient en ce qui concerne sa douleur. Dans le cadre de mes stages j'ai pu observer cela dans plusieurs services. Même avec des patients sans problème de santé mentale les soignants peuvent douter des propos du patient. Dans ce cas, je pense que la relation soignant/soigné est atteinte et ne permet plus la bonne prise en soin du patient. Pourtant je me suis déjà surprise à douter de la sincérité d'un patient. Seul le patient est juge en ce qui concerne sa propre douleur. Dans l'aide-soignant, novembre 1997, Le docteur Bruno COMYN explique que le principe de base est que le patient a toujours raison quand il parle de sa douleur. Dans ce cas particulier ne serait-il pas bon d'évaluer en équipe la douleur et de faire un entretien infirmier afin de démêler douleur psychique et physique ? Je pense qu'il peut aussi être bon d'utiliser des outils d'évaluation afin de déterminer la douleur. Dans le cadre de l'addiction l'infirmier 1 explique qu'il ne va pas faire d'évaluation de la douleur pour ne pas initier la prise d'antalgique qui ne serait pas nécessaire même si cela reste du cas par cas. Dans le cadre d'une impossibilité de donner un antalgique, peu importe la cause, des méthodes alternatives peuvent être mises en place afin de soulager la douleur. Dans le cadre de mon mémoire j'ai effectué des recherches sur les différentes prises en charge de la douleur. Cela m'a permis de mettre en évidence des méthodes non médicamenteuses pour soulager le patient de ses douleurs physiques ou psychiques. En stage, j'ai pu mettre œuvre ses technique pour soulager des patients lors de soins douloureux. J'ai beaucoup utilisé la musique qui a permis au patient de détourner son attention de la douleur infligée par le soin. Enfin, une des autres difficultés données est la différenciation entre douleurs physiques et psychiques. Dans ce cas mes recherches m'ont permis de mettre en évidence l'importance de l'évaluation de la douleur ainsi que l'écoute permettant au patient d'exprimer et de développer son ressenti face à la douleur. Je pense qu'on ne laisse parfois pas assez de place aux patients pour aborder la douleur. En effet, dû à la charge de travail, à nos émotions ou à la fatigue, je pense que nous ne laissons pas suffisamment la place aux patients dans nos soins. Voulant bien faire le patient peut ne pas oser nous parler de sa douleur pour ne pas nous surcharger de travail.

Mes recherches évoquent aussi les représentations de la douleur en psychiatrie. Il y a quelque années les chercheurs pensaient que le patient ayant des troubles psychiatriques n'était pas capable de ressentir la douleur. Lors de mes recherches, la majorité des spécialistes que j'ai étudié (médecins, psychiatres, neurologues et

infirmiers) sont d'accord pour dire que cette théorie est fautive et que le patient reçoit comme quiconque le message nerveux douloureux. Le seul changement est sa façon de l'exprimer. En cela les deux infirmiers rejoignent mes recherches. Au même titre que n'importe quel patient, les patients en psychiatrie ont des douleurs. Mais l'infirmier 1 nuance un peu cela en expliquant que les patients atteints de troubles psychotiques ont parfois une douleur diminuée due à leurs troubles. Selon lui cette hypoalgésie serait due à leur perception de la douleur, de leur corps et de la réalité altérée. Je ne pense pas que la maladie psychiatrique soit un facteur d'hypo ou d'hyper algésie, je pense néanmoins que la pathologie amène une certaine incohérence entre la sensation douloureuse ressentie et la façon de l'exprimer.

Question de recherche :

Durant la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche j'ai pu développer mon point de vue sur ma problématique initiale.

“En quoi la pathologie psychiatrique du patient a une influence sur la prise en soin de la douleur par l'ide ?”

Avec l'aide de mes recherches et des infirmiers interrogés j'ai pu répondre à cette problématique que j'avais posée à la suite de mes interrogations sur des situations vécues en stage. Je pense que les principales réponses à cette question sont les capacités, les compétences et les qualités des soignants ainsi que les outils à sa disposition. En effet, pour permettre une prise en soins optimale du patient atteint de troubles psychiatriques, il faut mettre en œuvre des qualités telles que l'observation, l'écoute, l'attention et la bienveillance. L'infirmier est aussi capable d'utiliser les outils mis à sa disposition. Dans le cadre de la douleur, l'utilisation des échelles d'évaluations de la douleur, de prescriptions médicales, de soins relationnels permettent un soin plus objectif et de meilleure qualité. Le travail d'équipe est aussi une donnée importante dans la prise en soin de la douleur en psychiatrie.

Au regard des divers champs théoriques et des entretiens, d'autres questions ont émergé. Pour formuler ma question de recherche je vais m'attarder sur le point de la

relation de confiance sur le sujet de la douleur dans le cadre d'un service d'hospitalisation générale.

Durant les entretiens, je me suis rendu compte que l'idée 1 met en doute la parole de patient atteint d'addiction. Cette remise en question de la part de l'infirmier m'a permis d'étendre le sujet à la prise en considération de la douleur dans les services de soins généraux.

A travers mes recherches, je me suis rendu compte qu'en tant que soignant il nous arrive de douter de la douleur du patient même si celui-ci n'a pas de problème psychique ou mental. En effet dans l'évaluation de la douleur, il nous arrive de dévaluer ou surévaluer la douleur du patient. Lorsque nous faisons une auto évaluation avec un patient nous le comparons la plupart du temps au paralangage que nous observons. Alors, notre hétéroévaluation n'a pas le même résultat que celui du patient ; on se met à douter de la parole du patient en ce qui concerne sa douleur. Mais pourquoi douter du patient ? Pourquoi aurions-nous plus raison en ce qui concerne le ressenti du patient ? Qu'est ce qui nous empêche de croire le patient en ce qui concerne sa douleur ? Qu'en est-il de la relation soignant/soigné ?

C'est au regard de ses questions et de ma problématique de départ que ma question de recherche a émergé : *“En quoi la relation de confiance a une importance dans la prise en soin du patient douloureux ?”*

Cette problématique pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure. D'autres questions de recherche issue de mon thème pourraient faire l'objet d'une recherche plus approfondie.

Conclusion :

Ce travail m'a permis dans un premier temps de répondre à mes interrogations et de me construire en tant que soignante. Il m'a obligé à me questionner sans cesse. J'ai pu, tout au long de ce travail, développer ma réflexion et ma façon d'aborder mon sujet. J'ai aussi pu exploiter différents champs théoriques et différentes conceptions en lien avec mon sujet. J'ai eu l'occasion aussi d'interroger des infirmiers ayant déjà de l'expérience. Cela m'a permis de donner vie à mon sujet en le confrontant à la réalité du terrain. Toutes ces recherches ont su éveiller en moi un réel intérêt dans la recherche. Mais tout ce travail c'est parfois heurté à certaines difficultés. En effet, durant la réalisation de mon cadre théorique il n'a pas toujours été facile de trouver les documents et informations nécessaires à l'élaboration de mon travail. Les recherches ont parfois été longues pour trouver des documents correspondant à mes attentes et permettant de répondre à ma question de départ. Mais cela m'a permis de me rendre compte qu'il est parfois nécessaire de partager les recherches faites pour permettre de faire évoluer la pratique professionnelle infirmier. J'ai aussi rencontré des difficultés dans l'écriture parfois fastidieuse. En effet, étant dyslexique l'écriture de ce mémoire a été parfois une réelle épreuve mais m'a aussi permis de me dépasser et de développer mes capacités de lecture et d'écriture.

Pour conclure je pense que ce travail m'a permis de prendre conscience de l'importance de me remettre en question et de remettre en question ma pratique professionnelle. Mais plus que cela, il me faudra en tant que future soignante rester attentive aux recherches et aux documents me permettant de m'améliorer. De plus, ce travail me rappellera qu'il faut rester attentive à la douleur du patient quel que soit le service où je travaillerais.

Bibliographie

Alexandre BIRY (2005). Santé mentale dans la communauté. Consulté à l'adresse : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/A%20Biry.pdf>

Maitre BELACEL, Philippe FRUGIER (2013). Soulager la douleur sans médicaments. Chorus, magazine du CHU de Limoges. Consulté à l'adresse : http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/chorus_106_light.pdf

JC. SOL, P. CHAYNES, Y. LAZORTHE. Douleur : bases anatomiques, physiologique et psychologiques. Consulté à l'adresse : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf

Docteur D. DUTHOIT. (2012) Livret douleur en psychiatrie. Consulté à l'adresse : https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Guide_Douleur_VERSION_26_04_13_copiepdf.pdf

N. PEOCH, M. SAINT-JEAN, (2010) Les personnes Soignées et la douleur : attitudes, représentations sociales et professionnalisation des praticiens. Consulté à l'adresse : <https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-p/Les%20personnes%20soignees%20et%20la%20douleur.pdf>

Dr F. LORIN, (2015). Histoire de la douleur : de l'antiquité à nos jours. Consulté à l'adresse : <https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/76-histoire-de-la-douleur-de-lantiquite-a-nos-jours-dr-fabrice-lorin.html>

T. TERMINE (2009). De la douleur à l'analgésie morale. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-4-page-347.htm?contenu=plan>

B. SAMAMA (2000). Approche socioculturelle de la douleur. Consulté à l'adresse : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B01-%20Approche%20socio%20culturelle%20de%20la%20douleur.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2015) Douleur : l'action des pouvoirs publics. Consulté à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>

Institut national du cancer (Sans date). La douleur, c'est quoi ? Consulté à l'adresse : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/La-douleur-c-est-quoi>

Yves LAZORTHES (sans date) Evolution de la prise en charge de la douleur dans l'histoire de la médecine. Consulté à l'adresse : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_01.pdf

Dominique Giffard (sans date) Comparaison, différences et particularités de la névrose. Consulté à l'adresse : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/nevrose.htm>

Comité éditorial de l'UVMaF (2014) Les névroses, les psychoses et les troubles narcissiques. Consulté à l'adresse : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/nevroses_psychoses/site/html/cours.pdf

Fédération pour la recherche sur le cerveau (sans date) Les maladie psychiatrique et les troubles du comportement. Consulté à l'adresse : <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

Denise JODELET (2003) Les représentation sociales. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>

G. PEDARRIBES, G. LEFEUVRE (2014) L'analyse des compétences infirmière lors d'une situation d'évaluation clinique et de diagnostic. Consulté à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-627.htm>

Psycom (sans date) Idées reçus en psy. Consultation à l'adresse :

<http://www.psycom.org/Site-mobile/Espace-Presses/Mythes-et-realites-de-la-sante-mentale/Idees-recues-en-psy>

Annexes :

Guide d'entretiens.....p II

Entretien 1 : Ide 1p III

Entretien 2 : ide 2p VI

Annexe 1 : Guide d'entretien :

1. Pour vous, qu'est-ce que la douleur ?
 - a. Qu'est-ce que la douleur ?
 - b. Existe-t-il plusieurs types/formes de douleur ? si oui lesquelles ?
2. Qu'en est-il du ressenti de la douleur des patients atteint de pathologie psychiatrique ?
 - . Les patients atteint de pathologies psychiatriques sont-ils capables de ressentir la douleur ?
 - a. Quel type de douleur peut ressentir un patient atteint d'une pathologie psy ?
3. Comment évaluez-vous la douleur dans votre service ? A quelle fréquence ?
4. Raconte-moi la dernière prise en soins d'un patient douloureux ? (Ou "Un patient se présente à vous et vous dit avoir mal, que faites-vous ?")
 - . En générale, comment prend-t-on en soin la douleur ?
5. Vous êtes-vous sentie dans l'incapacité de pouvoir gérer la douleur d'un de vos patients ?
 - . Comment évaluer vous la douleur ?
 - a. Quelles sont les outils que l'on peut utiliser pour évaluer la douleur en psychiatrie ?
6. Qu'est ce qui a été facilitateur, aidant et difficile ?
7. Qu'est ce qui te semble spécifique dans la prise en soin d'un patient douloureux en psychiatrie ?
8. Quels seraient vos besoins ? qu'est ce qui te manque pour prendre en charge la douleur en psychiatrie ?

Annexe 2 : Entretien Ide 1

Mon thème de mémoire c'est la douleur en psychiatrie, volontairement je ne vais pas te donner la question de départ.

1. Ma première question pour toi c'est qu'est-ce que c'est que la douleur en général ?

Alors, la douleur pour moi, c'est une sensation inconfortable anormal qui est ressentie et perçue, qui peut être on va dire de 2 formes. En tout cas, dans l'idée, la perception des gens qui peut être somatique ou psychique. On parle de douleurs neuropathiques, on parle de douleurs psychiques ou de douleurs somatiques, chez nous. Dans tous les cas, Elles ont comme point commun que pour le patient, c'est la même chose. Pour nous qu'elle soit vraie ou fausse, il y a quand même un ressenti et elle va demander d'être traitée. Soit par un traitement soit par un échange.

2. Ma deuxième question c'est : qu'en est-il du ressenti de la douleur chez les patients atteints de pathologies psychiatriques ?

Comme tout le monde. Même en psychiatrie, on a des fractures, des rages de dents, tous problèmes somatiques que quiconque peut avoir. Ils vont éventuellement avoir plus de douleurs psychosomatiques avec des traitements plus précis en terme thérapeutique. Je sais notamment qu'on utilise souvent de gabapentine avec des antidépresseurs tricycliques. C'est une combinaison de deux médicaments qui va traiter des douleurs neuropathiques.

2.1. Les patients atteints de maladies psychiques, est-ce que pour toi ils sont capables de ressentir la même douleur qu'un patient qui n'a pas ce genre de maladie ?

Ça dépend de quelle pathologie on va parler on va parler plutôt des patients psychotiques qui ont une perception de la réalité ou de leur corps qui est différente de nous. De ce que l'on peut connaître. Peut-être qu'ils vont avoir une hypersensibilité ou alors à l'opposé une insensibilité à la douleur. Cela me fait penser à une situation que l'on a eue il n'y a pas longtemps avec une patiente qui s'est immolée dans le service et qui est restée de marbre lorsqu'elle a été prise en charge par nos collègues. Elle n'exprimait pas de douleur que ce soit en criant et elle ne disait rien ; son visage n'exprimait pas de douleur, elle avait un visage figé comme on pouvait la connaître avant. Cela pose effectivement la question de la perception. Cette patiente-là ne reçoit pas la douleur comme tout le monde. En tout cas, pas sa douleur.

3. Du coup comment évaluez-vous, dans votre service, la douleur des patients ? et à quelle fréquence ?

On ne le fait pas systématiquement. Enfin si, une fois systématiquement à l'entrée. Et effectivement après il me semble qu'on ne le fait pas assez. Mais il y a sûrement des raisons derrière ça... on n'est pas un service où les gens viennent principalement pour des douleurs, si ce n'est de la souffrance psychique. Donc ça, on la traite, on l'évalue avec une échelle numérique du moral. Par contre la douleur avec les échelles qu'on peut connaître ailleurs, on ne le fait pas spontanément chez tous les patients, seulement chez les patients qui sont traité par antalgiques et uniquement lors de l'administration du traitement. Je ne vais pas le faire, volontairement chez

les patients qui peuvent consommer car si je leur pose la question, je sais qu'ils vont me dire oui, donc s'il n'exprime pas d'emblée la douleur, je considère qu'elle est supportable. Je sais qui me sollicite dès qu'il y a un besoin, c'est donc au cas par cas. Il n'y a pas trop de règles.

4. Est-ce que tu peux me raconter la dernière prise en charge d'un patient douloureux qui t'a marqué ? Où un patient se présente devant toi et te dit qu'il a mal ? qu'est-ce que tu as fait ? qu'est-ce que tu as mis en place pour traiter la douleur ?

Je vais te parler de deux situations. En fait, la dernière c'était hier : un patient qui se présente pour une douleur dans l'après-midi, il me dit qu'il a, enfin qu'il souhaiterait avoir un antalgique. Il a des céphalées. Je regarde s'il a des antalgiques de prescrits pour voir s'il en a déjà eu, parce que d'emblée je vais lui proposer du paracétamol. Donc je vérifie s'il en a déjà eu ou pas dans les 6 dernières heures, je m'aperçois qu'il n'en a pas eu. Nous en tant qu'infirmier on peut prescrire du paracétamol, je lui demande d'abord s'il a un problème hépatique. Ce qui pourrait être une contre-indication au paracétamol, puis je fais ma prescription infirmière, je la planifie, je lui administre le traitement et voilà. Derrière ça, je n'ai pas réévalué sa douleur et je n'étais pas au traitement le soir. On n'a pas rediscuté de sa douleur je ne l'ai pas forcément revu dans la soirée et je ne suis pas allé voir. Une autre situation, comme je te parlais tout à l'heure de gabapentine, j'avais un patient avec des douleurs chroniques reconnues et moi j'étais un peu perdu : le dosage était fluctuant suivant les médecins qui le suivait. C'était de Gabapentine notamment, il avait des dosages vraiment importants par jour et ses traitements étaient souvent

changés. C'est un patient qui a son domicile consommait des traitements antalgiques. Là, c'est vraiment plus difficile d'évaluer la vraie douleur, parce qu'on a beau interroger le patient nous confie sa douleur mais comment faire, puisque c'est à la fois sa problématique (sa gestion de la douleur) et à la fois son motif d'entrée, qu'il est là pour un mauvais usage des antalgiques. Comment essayer de démêler et de faire au mieux pour lui ? L'antalgique, c'est le problème est la solution à la fois. Donc voilà... c'était quand j'étais sur le pool d'établissement et je n'ai pas pu suivre derrière la situation de ce patient mais ça m'avait interrogé. Comment faire au mieux quand le traitement antalgique médicamenteux n'abaisse pas la douleur ressentie ?

5. Je vais te poser plusieurs questions en une seule fois, qu'est-ce que ça te fait et qu'est-ce qu'il fait que tu te retrouves dans l'incapacité de gérer une douleur ? Te sentir toi, dans cette incapacité ? qu'est-ce qui est facilitateur, aidant, ou alors qui va être plutôt difficile ? Tu m'en as déjà un peu parlé. Est-ce que tu trouves déjà qu'il y a des choses qui sont facilitatrices, aidantes ou qui sont difficiles ?

J'ai une idée en tête, un patient qu'on connaît, qui est arrivé hier. Je ne sais pas si c'est une situation qui est adapté à ton travail. C'est un patient qui est arrivé avec des impatiences. Est-ce que tu considères ça comme une douleur ?

Bah, après je considère ce que tu me dis comme une douleur ?

Ça me questionne et j'imagine que oui ! Alors, c'est une situation inconfortable.

C'est peut-être une douleur à 1 ? Mais c'est quand même une douleur. Si c'est une impatience et que c'est désagréable.

C'est ça, il a cette sensation désagréable qui vient le soir. Je sais qu'il a du loxapac le matin et que ce médicament peut entraîner ce syndrome-là, cet effet secondaire d'impatience. Sauf qu'il a déjà eu un correcteur lepticur, il a eu un comprimé dans la journée et du coup je vois que cela n'a pas été efficace. Je l'ai arrêté et du coup, moi personnellement, je voyais ce patient en souffrance et je n'ai pas pu le soulager immédiatement. C'était assez embêtant parce que je voyais que ça le faisait souffrir : c'était vraiment sa principale souffrance, c'était ça. Autant, il est venu pour d'autres problèmes mais sa souffrance c'était ça. Le médecin était encore là, je l'ai renvoyé vers le médecin qui était en train de travailler avec une autre collègue. Je ne sais pas comment ça a été géré ensuite.

- 6. Qu'est-ce qui est facilitateur aidant ou difficile ? tu vois, dans le service ; est-ce qu'il y a des choses qui permettent de mieux évaluer la douleur ? est-ce qu'il y a des choses qui au contraire sont difficile ?**

On parle bien de que l'évaluation là ?

Pas forcément, évaluer et traiter également.

Qu'est-ce qui est facilitateur, qu'est-ce qui est facilitant : Le fait de pouvoir prescrire du paracétamol, ça c'est un outil qu'on utilise assez régulièrement pour des douleurs qui sont d'ordres modérées ou faibles. Traitement qu'on va utiliser souvent sur des céphalées. Qu'est-ce qui est facilitant : c'est qu'il y a un interne dans le service qui peut assez facilement et rapidement ausculter un patient qui a une douleur un peu supérieure et prescrire un traitement de palier 2. Qu'est-ce qui est facilitant : c'est principalement ça je dirais et puis, le fait qu'on soit en équipe et qu'on se transmette les informations sur la douleur et qu'il y a un suivi du coup sur la journée. Qu'est-ce qui nous freine : je dirais que c'est un patient qui n'est pas capable de s'exprimer. Je repense à une dame, une personne qui est âgée, qui était très probablement constipé parce qu'elle a évacué après plusieurs jours sans selles. On sait que les constipations sont des sources de douleurs très importantes mais cette patiente-là n'a pas été en mesure d'exprimer un inconfort. Donc ce qui est difficile c'est de suivre en même temps la situation de 20 patients et d'imaginer s'ils peuvent être potentiellement douloureux et du coup de les orienter. Je ne l'ai pas personnellement orienté vers un interne alors qu'en y réfléchissant maintenant, je pense qu'elle avait mal. Ou qu'elle était inconfortable. Après qu'est ce qui peut être difficile : c'est de différencier douleur somatique ou psychique pour pouvoir adapter la prise en soin.

- 7. Alors là, c'est une question qui rejoint une des questions que je t'ai déjà posé qu'est-ce qui te semble spécifique dans la prise en soin d'un patient douloureux en psychiatrie ? Quelque chose dans l'évaluation ou dans la prise en soin que tu fais ici mais que tu ne ferais pas dans un service général ? Ou alors y'a rien ?**

Qu'est-ce qui est spécifique à la psychiatrie sur la gestion de la douleur. D'emblée, je dirais : rien ! Je pense qu'on traite, en tout cas on essaye, d'atténuer les douleurs comme partout ailleurs. Eventuellement là, on a reçu des outils de mesure et je pense qu'on n'utilise pas ses outils de mesure alors qu'ailleurs de mémoire c'est fait plus spontanément, en fait on va se baser nous sur l'échelle numérique.

- 8. Et du coup, la dernière question c'est quels seraient les besoins du service par rapport à cette problématique-là ? Qu'est-ce qu'il te manque pour prendre en charge la douleur en psychiatrie, s'il y a un manque éventuellement ?**

S'il y a un manque éventuel, je dirais un médecin généraliste dédié au service parce que là on voit la situation, depuis quelques jours. En trois jours, on a eu notre médecin généraliste qui est venu deux heures, je dirais. Il y a les problématiques somatiques urgentes qui vont être traitées en priorité et la douleur ça va être en dernier ou alors après, ça va être notre interne dont ce n'est pas le rôle ou alors les psychiatres dont ce n'est pas le rôle. Qu'est-ce qui nous manquerait aussi, je pense à une autre patiente qui se plaint de douleurs très régulièrement, en tout cas de perte de mobilité et qui est suivie en neurologie. Mais c'est assez espacé. Je pense que si on pouvait avoir des suivis plus proches ou en tout cas un meilleur travail avec le neurologue peut-être qu'on arriverait à comprendre un peu mieux sa douleur. Là, elle a été en neurologie, et nous, on n'arrive pas à l'aider convenablement donc peut-être un meilleur travail transversal entre les services. De temps en temps aussi il manque de personnel pour prendre en soin les différentes douleurs des patients. Parce que parfois on est trop occupé avec un patient qui nécessite une prise en soin particulière et on oublie un peu les autres

Est-ce que tu as des questions ?

Non

D'accord et merci

Annexe 3 : Entretien Ide 2

Mon thème de mémoire c'est la douleur en psychiatrie, volontairement je ne vais pas te donner la question de départ.

1. Pour toi, qu'est-ce que la douleur ?

De manière générale, ou plus spécifiquement en psy ?

De manière générale.

Pour moi il y a différents types de douleurs qui nécessitent différentes prises en charge. Tu as les douleurs somatiques, Psychosomatiques, les douleurs psychiques, les douleurs fantômes, tu as plein de douleurs différentes et qui nécessitent toutes une prise en charge différente De toute façon, la douleur pour le patient la douleur elle est réelle peut importe son origine. C'est vraiment quelque chose qui rentre dans notre rôle d'infirmier, c'est vraiment central dans notre boulot cette gestion de la douleur.

2. Qu'est ce qu'il en est du ressenti de la douleur pour des patients atteints de pathologies psy ?

Pardon, je n'ai pas bien entendu la question

2.1. Les patients atteints de pathologies psychiatriques sont-ils capables de ressentir la douleur d'après toi ?

Ah bah bien sûr, c'est des êtres humains ! Qu'ils soient psychotiques ou handicapés ne change rien au fonctionnement du corps humain. Ils ont le même système nerveux que nous et évidemment ils ont des douleurs, voire même ils sentent beaucoup plus de douleurs que nous, dû à leur pathologies psy, avec des douleurs psychosomatiques ou psychogènes. Ils ont même

parfois plus de douleurs que nous en pourrait imaginer avoir. Mais évidemment que la douleur existe en psychiatrie.

Mais dans l'expression de la douleur, là c'est vrai qu'on a eu sans doute des années d'incompréhension de comment ils pouvaient exprimer la douleur. Mais maintenant c'est reconnu, même des psychiatres délivrent des anti douleur, sur prescription, pas forcément des morphiniques, ça dépend des situations. Mais la seule différence c'est que l'expression de la douleur elle est différente d'une personne « normale ».

3. Dans les services où tu as été, comment as-tu évalué la douleur, à quelle fréquence, pourquoi ?

Tout dépend du contexte. Les évaluations de la douleur, moi quand j'en fait de manière quotidienne, quand je vais voir les gens j'aime bien l'ALGO+. L'ALGO+ c'est une échelle de douleur objective, c'est rapide à faire, tu peux faire ça en croisant quelqu'un dans un couloir. A partir de là si je vois qu'il y a peut-être une douleur sous-jacente tu vas inspecter. Et maintenant, ça se fait de plus en plus, tu utilises des échelles basiques, que ce soit l'EVA ou l'Algo+ pour détecter les premiers signes de douleur et après tu as des échelles qui sont recommandées pour les handicapés dont l'EDAAP, c'est l'échelle de douleur chez l'adulte et l'adolescent polyhandicapé je crois. C'est une échelle qui se base sur un état basal du patient. En gros tu fais une évaluation annuelle sur plein d'item, tu attribues entre guillemet « une note », tu fais un constat de base et après tu fais un suivi d'évaluation de la douleur plus poussé sur toute une journée grâce à cette échelle, ce qui permet de voir s'il y a de la douleur sur des facteurs qui ne se seraient pas forcément vu sur des échelles plus simples comme l'algo+. Après ce qui peut être pas mal c'est de faire plusieurs évaluations avec plusieurs échelles. Au moins comme ça on est plus précis.

4. Peux-tu me raconter ta dernière prise en soin d'un de tes patients douloureux qui a une pathologie psychiatrique ou une altération de la communication dans un de tes services ?

J'ai un exemple intéressant. Dans un institut médicalisé, j'avais un petit gars qui a des gros gros troubles cognitifs, qui s'exprime en grognant. Il ne parle pas. Mais il arrive à exprimer des tucs, il sourit, il tire la tronche... Il a parfois des gros accès de violence et une fois il a frappé violemment un mur avec le pied. Nous on pensait que ça allait, on n'a pas vu de signes physiques dans les jours qui ont suivi. Il n'y avait pas de gonflement, de bleu, il n'y avait rien de particulier. Et il continuait à marcher mais la première semaine on ne remarquait pas spécialement de douleur et puis au bout d'un moment pendant les soins on a décidé de mettre en place cette échelle EDAAP en place et on a fait un constat sur une journée avec lui et on s'est rendu compte qu'il avait mal, on l'a envoyé passer une radio et on a constaté qu'il avait un métacarpe qui était cassée. Et donc en fait il douillait vraiment mais c'est juste qu'avec une échelle simple comme l'algo+ on ne l'a pas vu tout de suite mais grâce à l'autre échelle on a pu voir qu'il avait mal et donc faire une prise en charge antalgique adaptée. Après on a appelé le médecin pour qu'il prescrive l'antalgique.

Après, j'ai une autre situation où la prise en soin a été différente. C'est un patient que je connaissais assez bien. Il était venu se plaindre de mal de ventre. Du coup, j'ai évalué sa douleur avec une échelle de douleur. Je me souviens plus laquelle. Du coup j'ai regardé sur son plan de soin s'il avait un antalgique de prescrit et au final pendant que je cherchais il a commencé à me parler de ses angoisses. Du coup on a commencé à discuter et en fait je pense que c'est ce dont il avait vraiment besoins. Au final il n'avait plus mal au ventre. Après je pense que même si le patient a une douleur psychosomatique ça n'empêche pas de donner un antalgique et ensuite on peut faire un entretien infirmier pour soulager le côté psychologique.

5. T'es-tu déjà trouvé en incapacité de gérer une douleur ?

Oui, j'ai été une fois dans un service de psychiatrie en remplacement. J'étais fatigué après avoir fait plusieurs remplacement et c'était un service dans lequel je n'étais jamais aller. Une patiente dépressive était venu me voir pour me dire qu'il avait mal à la tête mais j'étais en train de m'occuper d'un autre patient qui commençais à monter. Je lui suis dit que je m'en occuperai plus tard mais le service était bien débordé et je savais que la douleur de la patiente n'était pas d'ordre somatique. J'étais assez occupé et la patiente venait me voir régulièrement pour me solliciter et j'avoue que ça a commencé à me taper un peu sur les nerfs. Au final j'ai quand même réussi à la voir pour faire un entretien et voir ce qui n'allait pas mais avec la fatigue je ne suis pas sûr que j'ai pu vraiment la soulager.

6. Qu'est ce qui est facilitateur, aidant ou difficile pour toi dans l'évaluation de la douleur dans les services.

Ce que je trouve embêtant, les gens qui n'arrivent pas à exprimer leur douleur parce qu'ils ne le peuvent pas, c'est une chose, mais moi ce qui m'embête c'est ceux qui peuvent exprimer leur douleur mais qui ne le font pas. C'est arrivé plein de fois, ça sort un peu de la psy, on est plus sur des gens, je dirais « normaux », mais dans des services de médecine, de chirurgie ou en EHPAD des gens qui ne veulent pas sonner pour dire qu'ils ont mal, parce qu'ils sont persuadés qu'on n'a pas le temps d'aller les voir, qu'ils ont peur de nous déranger alors que ça fait partie du job de les soulager. Et ça, ça arrive très souvent, et dans plein de lieux différents.

Les échelles de douleur sont aidantes. C'est sûr que c'est plus facile avec quelqu'un qui sait le dire et qui le dit quand c'est le cas. Mais en psychiatrie on est obligés de jongler avec les profils. En plus c'est parfois difficile de savoir si finalement la douleur dont se plaint le patient ne serait pas psychologique plutôt que somatique.

7. Qu'est ce qui te semble spécifique, dans la prise en soin d'un patient douloureux en psychiatrie ?

Déjà, il faut déterminer à quel niveau est la douleur. Pas dans le sens « à quel endroit », mais si c'est une douleur somatique, une douleur induite par un état de stress, d'anxiété, de deuil, si c'est une douleur psychosomatique... Les douleurs peuvent venir de tellement de choses en fait que finalement il faut d'abord déterminer si c'est une douleur physique vraiment ou si on est sur quelque chose qui va se régler mais sur le plus long terme, pas forcément à coup de doliprane. C'est un peu particulier du coup en psy.

8. Ma dernière question est, quels seraient tes besoins, qu'est ce qui te manque, pour la prise en charge de la douleur chez ces patients-là ?

Dans la plupart des endroits où je vais ça manque d'un médecin parce que du coup, comme ce sont des lieux de vie, c'est les généralistes qui se déplacent, et mine de rien ça peut prendre du temps d'avoir la prescription d'antalgiques. On peut passer par faxe, mais quand le médecin insiste pour venir voir son patient ça peut retarder la prise en charge de la douleur. Y a aussi le fait qu'on n'est pas forcément assez formé sur les spécificités de la douleur en psychiatrie. J'aurais bien aimé accéder à une formation sur la douleur chez les patients dyscommunicant.

Après ce qu'il y a de bien c'est que dans certain service il y a des protocoles douleur pour certain patient.

Est-ce que tu as des questions ?

Non

D'accord et merc

NOM : QUILLET	PRÉNOM : CAPUCINE
TITRE : LA DOULEUR EN PSYCHIATRIE	
<p>This end-of-study work is about pain care in psychiatry. Pain in a patient with a psychiatric disorder is a critical situation that nurses have to deal with pretty often. Pain management is a real stakes in the psychiatry world. One can then wonder why and how a patient's psychiatric pathology has an influence on the nursing pain care. Pain is an uncomfortable feeling, potential or real, which is central to the care of the nurse. Psychiatric pathology is complex and often affects the patient's communication skills. In addition, it faces social representations that must be fought so that the patient's pain can then be taken care off. In this world where pain and suffering are intermix, it is sometimes difficult to assess pain and take care of it. In order to help them, many means have been made available to caregivers. The evaluation scales, protocols, drug or non-drug treatments are essential in this management. After doing research on all these notions, I conducted interviews with nurses in order to compare theoretical concepts with real life practice. This allowed me to gather the necessary information and to present the state of art of pain management in psychiatry.</p>	
KEY WORDS : Pain care / Psychiatric / Pain evaluation / Communication / Nurse	
<p>Mon travail de fin d'étude concerne la prise en soin de la douleur en psychiatrie. La douleur chez le patient atteint de trouble psychiatrique est une problématique souvent rencontré par les infirmiers dans les services. La prise en soin de la douleur est un enjeu dans le monde de la psychiatrie. On peut alors se demander en quoi la pathologie psychiatrique du patient a une influence sur la prise en soin de la douleur par l'infirmier. La douleur est une sensation inconfortable, potentiel ou réelle, qui est au centre de la prise en soin de l'infirmier. La pathologie psychiatrie est complexe et affecte souvent les capacités de communication du patient. De plus, elle fait face à des représentations sociales qu'il faut combattre pour prendre en soin le patient. Dans un monde où s'entremêle la douleur et la souffrance il est parfois difficile d'évaluer la douleur et de la prendre en soin. Pour cela de nombreux moyens ont été mis à disposition des soignants. Les échelles d'évaluation, protocole, traitement médicamenteux ou non médicamenteux sont essentiel dans cette prise en charge. Après avoir fait des recherches sur toute ces notions, j'ai réalisé des entretiens avec des infirmier afin de confronter les notions théoriques à la pratique. Cela m'a permis de recueillir des informations nécessaires à une prise en soin optimal de la douleur en psychiatrie.</p>	
Mots clefs : Prendre soin / psychiatrie / Evaluation de la douleur / Communication / Infirmière	
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : 2 rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 9 TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2017-2020	