



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La prise en soin de la douleur somatique en santé mentale



Formateur référent mémoire : Dominique GUY

MEIGNEN Elyna
Formation infirmière
Promotion 2019-2022
Date : 2 mai 2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier(e)

Travaux de fin d'études :

La prise en soin de la douleur somatique en santé mentale

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 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 2 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : Meignen Elyna

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

Tout d'abord, je tenais à remercier ma référente MIRSI, Dominique GUY, qui m'a accompagnée, encouragée tout au long de l'écriture et a su me porter jusqu'au bout de cette initiation à la recherche.

Un grand merci à Patricia DAUCE, responsable de l'unité d'enseignement qui prépare à la rédaction du mémoire, pour sa grande disponibilité, sa bienveillance et ses précieux conseils.

Une reconnaissance particulière envers les deux infirmières interrogées lors de mes entretiens sans qui ce travail n'aurait pas eu autant de sens et de richesse.

Je remercie l'ensemble des formateurs présents sur ces trois années qui n'ont cessé de partager leurs expériences. Merci pour leur patience et leur écoute de qualité.

Je souhaite tout particulièrement remercier mon référent pédagogique, Simon DELAMBILY, sans qui ce mémoire n'aurait probablement pas vu le jour. Il a su me guider, m'épauler, croire en moi quand parfois je perdais espoir. Merci pour ces trois belles années à vos côtés.

Enfin, merci à mes trois camarades de promotion que je porte dans mon cœur : Léna LARHANTEC, Klervi PERENNES et Blanche VENDRIES-SOUBIROUS. Elles ont été d'une aide précieuse et ont su m'apporter l'énergie dont j'avais besoin pour aller jusqu'au bout.

Sommaire

I - Introduction	1
II - Le cheminement vers la question de départ	2
1. Les situations d'appel	2
1.1 Situation en unité d'admission en psychiatrie	2
1.2 Situation en Médecine Post-Urgences	3
2. Questionnements	4
3. Question de départ	4
III - Le cadre conceptuel	5
1. L'infirmier(e) en psychiatrie	5
1.1 Généralités sur la psychiatrie	5
1.1.1 Qu'est-ce que la psychiatrie?	5
1.1.2 Qui en est concerné?	5
1.1.3 Comment s'organise-t-elle?	6
1.2 Le rôle de l'infirmier(e) en psychiatrie	7
2. La douleur en santé mentale	8
2.1 Généralités sur la douleur	8
2.1.1 Qu'est-ce que la douleur?	8
2.1.2 La douleur aiguë et la douleur chronique	9
2.1.3 Les différents types de douleurs et leurs mécanismes	10
2.1.4 Ses composantes	11
2.1.5 Comment l'évaluer?	12
2.2 La place de la douleur somatique en santé mentale	12
3. Le prendre soin infirmier de la douleur somatique en psychiatrie	14
3.1 Evaluer la douleur somatique en santé mentale	14
3.2 Perception de la douleur	15
3.3 La douleur et la souffrance	16
IV - Dispositif méthodologique du recueil de données	17
1. Choix de l'outil de recueil de données et ses objectifs	17
2. Choix de la population	18
3. L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens	18
4. Le bilan du dispositif	19
V - L'analyse descriptive des entretiens	20
1. Le profil des professionnels interrogés	20
2. Qu'en est-il de la douleur en psychiatrie?	20
2.1 Les représentations soignantes quant à la place de la douleur somatique	20
2.2 Les manifestations douloureuses rencontrées	21

3. Qu'en est-il du prendre soin infirmier du patient douloureux en psychiatrie?	21
3.1 L'évaluation de la douleur	21
3.2 Des actions pour soulager	22
3.3 Des stratégies pour mieux repérer une douleur somatique	22
3.4 Quand la pathologie psychiatrique rencontre la douleur somatique	23
3.5 Entre douleur et souffrance?	24
VI - La discussion	25
1. La douleur somatique en psychiatrie : une place fragile	25
2. Le prendre soin infirmier : l'influence de la pathologie psychiatrique	27
VII - Conclusion	30
Bibliographie	32
Sommaire des annexes	

Siglier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

CMP : Centre Médico-Psychologique

DU : Diplôme Universitaire

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

I - Introduction

Étudiante en troisième année au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes, je suis amenée à réaliser un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers qui marque l'aboutissement du cursus.

Grâce à la diversité des stages effectués et à l'appropriation des cours théoriques, une identité professionnelle se crée et naissent, peu à peu, de multiples réflexions qui mûrent en nous au gré des situations rencontrées. En découlent de nombreuses remises en question qui viennent enrichir notre pratique professionnelle et nous offrent l'opportunité d'évoluer. Ce travail de fin d'études nous permet donc d'initier une recherche, d'approfondir une réflexion et la mettre ainsi en lumière.

Pour ce faire, mon choix s'est porté sur une thématique qui a pu retenir mon attention : la prise en soin de la douleur somatique en psychiatrie et plus précisément l'accueil de la douleur du patient par l'IDE. A travers les expériences professionnelles gagnées au cours de la formation, j'ai pu rencontrer à deux reprises une situation qui m'a interpellée, sur laquelle je suis restée sans réponses. J'ai d'ailleurs exposé mon sujet en deuxième année au semestre 4 lorsque nous commençons à aborder le MIRS I afin d'avoir plus amples réponses à mes interrogations. Je me suis alors projetée en tant que future professionnelle de santé avec l'envie d'approfondir le sujet, d'y mener une réflexion pour qu'une fois diplômée, je me sente plus à l'aise si l'occasion m'y confronte de nouveau.

En effet, la prise en soin de la douleur est une thématique qui revient fréquemment mais pour qui les difficultés restent présentes de nos jours malgré les évolutions, les améliorations apportées. Pour cette étude, mon attention s'est portée sur les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique. Bien souvent, la douleur constitue un défi en santé mentale et ce, pour bon nombre de soignants.

Afin d'éclairer mes questionnements et permettre la construction de ce mémoire, je commencerai par la présentation des deux situations qui ont fait naître mes interrogations et le cheminement vers la question de départ. Dans un second temps, je ferai apparaître l'élaboration du cadre conceptuel qui fait appel aux apports théoriques sur les notions qui entourent le thème de mon MIRS I. Ensuite, nous verrons la méthodologie adoptée pour le recueil de données auprès de professionnels de santé avec l'analyse des entretiens obtenus dans le but de récolter des données du terrain. Puis, je conclurai cette recherche en confrontant les apports théoriques et les témoignages des soignants afin d'en

créer une analyse interprétative et ainsi, faire émerger une opinion professionnelle dans l'objectif de cheminer vers une question de recherche définitive.

II - Le cheminement vers la question de départ

1. Les situations d'appel

1.1 Situation en unité d'admission en psychiatrie

Au cours de ma deuxième année, j'ai pu réaliser un stage lors du semestre 3 au sein d'une unité d'admission dans un service de psychiatrie intra-hospitalier.

La population accueillie regroupe des patients de tout âge (majeurs le plus souvent), hommes comme femmes. Les pathologies rencontrées sont diverses : troubles de la personnalité, schizophrénies, troubles bipolaires, troubles obsessionnels compulsifs...

Arrivée depuis quelques semaines dans le service qui m'est maintenant familier, je commence à mieux connaître l'équipe ainsi que les patients. Au fil des jours, j'ai pu remarquer une situation qui m'a de suite interpellée.

Monsieur M., jeune patient atteint de schizophrénie, se plaint de douleurs dentaires intenses depuis plusieurs jours et nous en fait part en demandant des antidouleurs. Cela se produisant à différents moments de la journée, ce n'est pas toujours le même soignant qui fait face à la demande de monsieur M. Je remarque une prise de décision différente selon chaque professionnel. Présente aux transmissions lorsqu'il y a un changement d'équipe, la situation de monsieur M. fait surface. En effet, certains soignants estiment les plaintes du patient comme étant "exagérées" et à ne pas prendre en compte car selon eux, il faut être vigilant en raison de sa pathologie et de ses antécédents de toxicomanie. Certains soignants se sont donc mis d'accord pour ne pas céder à ses demandes.

Quelques heures après, je me retrouve seule avec une infirmière quand soudain, monsieur M. frappe à la porte et demande des antidouleurs, se plaint vivement et nous montre la dent qui en est responsable. L'infirmière le rassure, lui indique qu'un rendez-vous chez le dentiste est prévu puis administre l'antidouleur et lui demande de le prendre devant nous. Une fois monsieur M. sorti, l'infirmière me fait part de son ressenti. C'est d'ailleurs grâce à cette conversation qui va suivre que sont nés les nombreux questionnements quant à cette prise en compte de la douleur. De son point de vue, tout patient qui est en demande d'un antidouleur est douloureux, donc elle accepte de soulager. Partant du principe qu'il en est son rôle de pouvoir venir en aide au mieux aux personnes qui en

ressentent le besoin en atténuant la douleur, elle ne peut se permettre de refuser, de douter du patient. Ceci dit, elle appuie sur le fait que l'évaluation de la douleur n'est pas accueillie de la même manière selon chaque soignant en raison des pathologies qui peuvent influencer la cohérence, le discours du patient. Cela explique le comportement méfiant de certains à l'égard des demandes notamment en présence de dépendance à une drogue.

1.2 Situation en Médecine Post-Urgences

Au semestre 4, j'ai été amenée à réaliser un stage en Médecine Post-Urgences. La population accueillie regroupe toute personne adulte âgée de plus de 15 ans et 3 mois avec le plus souvent, une population gériatrique. Les patients proviennent uniquement des Urgences avec une diversité des pathologies.

Je débute ma semaine en suivant l'infirmière de coupe qui s'occupe de la partie administrative du service. Récemment, nous avons accueilli des urgences, une dame âgée de 82 ans suite à une chute qui a causé une fracture du col du fémur droit avec présence de deux plaies sur la jambe droite. C'est une dame qui a pour antécédents : une phlébite jambe gauche, antécédents psychiatriques avec une désorientation, quelques troubles du comportement et beaucoup d'anxiété. Dès son arrivée, l'équipe se retrouve "épuisée" suite aux demandes répétées de madame pour que l'on vienne la voir. Plusieurs fois par jour, elle appelle "au secours", "aidez-moi", "s'il vous plaît", crie régulièrement et sonne à de nombreuses reprises. Lorsque les soignants s'y rendent, elle fait part de son anxiété vis-à-vis de son état de santé, dit qu'elle a peur, qu'elle ne comprend pas ce qui lui arrive, ne sait pas où elle est. C'est à ce moment précis que l'on se rend compte de la désorientation indiquée dans son dossier ainsi que l'anxiété. Notre rôle est, dans un premier temps, de la rassurer puis dans un second temps, de lui indiquer la raison pour laquelle elle est hospitalisée dans notre service et où est ce que nous nous trouvons. Cependant, elle continue de sonner plusieurs fois en nous reposant ces mêmes questions et ce, durant toute l'hospitalisation. Madame N. chute de nouveau dans le service en essayant de se lever seule malgré la fracture présente. Elle nous fait également part, régulièrement, qu'elle est très douloureuse. Des anti-douleurs lui sont prescrits et administrés 3 fois par jour. Suite aux plaintes régulières, qui selon les dires de l'équipe, perturbent l'organisation des soins, interrompent les tâches, un épuisement s'installe au sein de l'équipe et la prise en soin de madame devient compliquée. Les soignants finissent par ne plus répondre à chaque sonnette et la font attendre. Ils lui indiquent que les antalgiques ont bien été donnés et qu'ils ne peuvent faire plus, que le médecin du service est au courant. Malgré tout, la patiente se plaint toujours de vives douleurs. L'équipe s'épuise, perd patience au fil des jours. Quelques jours plus tard, Madame N. récidive d'une phlébite et en décède.

2. Questionnements

Ces deux situations vécues, qui sont à la fois différentes sur la forme mais similaires sur le fond, ont fait naître de nombreux questionnements. Même si je suis restée à ma place d'étudiante, je me suis sentie "démunie" face à ces deux situations et je n'ai pu m'empêcher de me projeter quelques mois plus tard, en m'interrogeant dans un premier temps sur la douleur en psychiatrie :

→Comment différencier la douleur psychique de la douleur physique?

→La perception de la douleur par le patient est-elle altérée par la pathologie ? Comment est-elle altérée?

Puis, dans un second temps sur l'évaluation de la douleur somatique en psychiatrie :

→Comment prendre en compte la pathologie psychiatrique dans la prise en soin de la douleur?

→Sur quels critères s'appuie le jugement clinique de l'IDE quant à la prise en soin de la douleur?

→Comment l'IDE résonne face à la douleur d'un patient présentant une pathologie psychiatrique?

→Comment l'IDE prend t il/elle la décision d'administrer des antalgiques à une personne présentant un trouble psychiatrique?

Ensuite, je me suis interrogée sur le lien qui existe entre l'évaluation de la douleur en psychiatrie et la subjectivité du soignant qui entre en compte :

→Qu'est-ce qui altère la prise en soin de la douleur somatique en psychiatrie?

→Quelle place occupe la subjectivité du soignant dans cette prise en soin?

→Comment évaluer de manière objective la douleur des personnes présentant des troubles psychiatriques?

3. Question de départ

L'analyse des situations précédemment énoncées et l'ensemble des questionnements ont permis l'émergence de la question de départ qui suit :

En psychiatrie, dans quelle mesure les troubles psychiatriques d'un patient influencent-ils la prise en compte de sa douleur somatique?

III - Le cadre conceptuel

Pour la poursuite de la lecture et afin d'en faciliter la compréhension, il me semble indispensable d'éclaircir un point : le terme « infirmier » employé tout au long du mémoire, désignera aussi bien les praticiens hommes que femmes exerçant cette profession.

1. L'infirmier(e) en psychiatrie

1.1 Généralités sur la psychiatrie

1.1.1 Qu'est-ce que la psychiatrie?

L'institut national de la santé et de la recherche médicale (L'inserm, s.d), définit la psychiatrie comme étant « la discipline traitant de la ou des maladies mentales, quelles que soient leurs causes, psychiques, neurologiques ou psychosociologiques ».

Cette spécialité médicale s'étend du diagnostic au traitement des maladies mentales en passant par la prévention des troubles mentaux.

Pratiquée par un psychiatre et faisant appel à de nombreux professionnels (infirmiers, aides-soignants, psychologues, assistante sociale..) elle fait usage d'une approche bio-psycho-sociale en associant une compréhension de la biologie du cerveau, de la psychologie de l'individu et des effets de sa situation sociale. (Association des médecins psychiatres du Québec, s.d).

1.1.2 Qui en est concerné?

La psychiatrie est un domaine qui prend en soin toute personne souffrant de troubles psychiatriques. Pour les plus jeunes, l'orientation des soins se fait via la pédopsychiatrie qui s'intéresse à l'enfant et l'adolescent jusqu'à ses 16 ans.

Le Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Rennes (CHGR, s.d), définit ces troubles comme pouvant « se manifester par des troubles de la pensée et des émotions, voire du comportement. Cela peut entraîner une souffrance et des difficultés quotidiennes dans le contact avec les autres. Souvent, les personnes qui en souffrent ne s'en rendent pas compte, cela fait partie du trouble. ».

Les troubles mentaux se distinguent en plusieurs catégories :

- **Les troubles psychotiques**
- **Les troubles de la personnalité**

- **Les troubles anxieux**
- **Les troubles de l'humeur**
- **Les troubles du comportement alimentaire**
- **Les troubles addictifs**

1.1.3 Comment s'organise-t-elle?

L'offre de soins est très diversifiée dans ce domaine mais s'organise principalement autour de trois types de prise en soin :

- L'hospitalisation à temps complet
- L'hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour ou de nuit)
- La prise en soin en ambulatoire (majoritairement en CMP)

Depuis la *Loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière*, la psychiatrie a pour principe la sectorisation : chaque département français est découpé en secteurs géo-démographiques qui désignent la répartition des structures de soins en santé mentale. Autrement dit, en fonction du lieu de résidence de la personne, une équipe de santé mentale est à disposition près du domicile en cas de besoin.

Les modalités de prise en soin font état de trois modes d'hospitalisation selon la *Loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* :

- L'admission en Soins Libres (SL) : le patient a pris conscience de la gravité de la situation et **consent** à cette prise en soin dans une structure spécialisée
- L'admission en Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SDT) : lorsque les troubles mentaux de la personne **ne permettent pas d'obtenir son consentement** et dont la situation justifie la nécessité de prodiguer des soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier
- L'admission en Soins psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) : mesure administrative prise par le préfet du département ou du maire lorsque les troubles mentaux de la personne rendant le **consentement impossible** nécessitent des soins immédiats. Ces personnes ayant fait état d'atteinte à l'ordre public, ayant commis un crime ou un délit ou bien des détenus venant de prison qui nécessitent des soins adaptés

Comme précisé un peu plus au-dessus, l'équipe soignante intervenant dans le domaine de la psychiatrie est riche. Mais ceux qui agissent au plus proche du patient et jouent un rôle fondamental dans la prise en soin sont les infirmiers.

C'est par ce fait qu'au point suivant je présenterai le rôle de l'infirmier en psychiatrie.

1.2 Le rôle de l'infirmier(e) en psychiatrie

C'est en 1937 que l'appellation "infirmier" se voit naître quand autrefois il était remplacé par "gardien des fous".

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, l'infirmier « réalise des soins destinés à maintenir ou restaurer la santé de la personne malade. Il surveille l'état de santé des patients et coordonne les soins pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie. Il agit, soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin : entretiens avec le patient et sa famille, éducation thérapeutique, préparation et distribution de médicaments, soins de nature technique (pansements, prélèvements, prise de tension, injections...). » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2012).

Initialement, en 1973, une formation spécifique qui s'étend sur 28 mois est créée et conduit à l'obtention du diplôme infirmier en secteur psychiatrique. Cette formation prend fin en 1992 par l'arrêté du 23 mars qui crée un diplôme infirmier polyvalent mettant fin aux études séparées des infirmiers en soins généraux et des infirmiers en secteurs psychiatriques.

Peu à peu, avec les années, l'infirmier a su forger son identité professionnelle et le rôle des infirmiers psychiatriques se médicalise.

Tout comme dans un service de soins généraux, le soignant se voit remplir deux types de rôles :

- **le rôle prescrit** en effectuant les soins prescrits par un psychiatre
- **le rôle propre** qui, selon Annick Perrin-Niquet (2019), se construit par l'expérience, la motivation, la créativité, l'ingéniosité et la transmission entre pairs

En globalité, les missions de l'infirmier en santé mentale sont multiples et variées. Elles se caractérisent par des actions de bases relationnelles et éducatives qui comprennent **la disponibilité, l'écoute, l'observation, l'accompagnement, l'analyse des problèmes et les actions de soins** (Nicole Carbou et al., 2006) présentés ci-dessous :

La **disponibilité** se traduit par l'accueil de la personne hospitalisée et celle de son entourage. L'ouverture intellectuelle est nécessaire à l'observation et à l'écoute du patient. Même si la personne

présente des symptômes rattachés à des pathologies identiques, elle est unique dans son histoire personnelle et dans l'expression de ses troubles. Il ne s'agit donc pas d'aborder la personne d'après seulement les connaissances théoriques que l'on peut avoir de la maladie.

L'**écoute** sera *informelle* (fondée sur la présence de l'infirmier dans le service, qui sera le premier interlocuteur du patient et permet la prise en compte de ses besoins) ou bien *formelle* (lors de l'entretien infirmier ou l'entretien en binôme avec le médecin, permettant d'évaluer l'état clinique du patient).

L'**observation** nécessite, elle, de solides connaissances théoriques en sémiologie psychiatrique et des pathologies correspondantes. On prend le temps d'observer le patient dans son environnement, on observe son évolution en fonction des thérapeutiques appliquées.

Disponibilité, écoute et observation vont permettre aux infirmiers d'établir une démarche soignante incluant l'**analyse des problèmes** : qui comprend le passé, le présent et le futur du patient, l'**accompagnement** : dans une démarche de réassurance, de soutien, de reconstruction, d'observance, la mise en place d'un cadre contenant puis les **actions de soins** : à visée médicale, socio-éducative (aide au logement, aide à l'insertion), psychothérapeutique (l'entretien infirmier, en binôme avec le médecin) et sociothérapeutique (sport, relaxation, séjour thérapeutique).

Tout ceci dans le respect de la personne et de ses différences, liées à l'expression de troubles du comportement.

L'infirmier en psychiatrie est donc très présent dans le parcours de soins du patient. Il est de son rôle de repérer des éléments pouvant aider au diagnostic. Parfois, au sein de cette spécialité médicale, cette faculté peut mettre le soignant à l'épreuve lorsque la souffrance psychique liée aux troubles psychiatriques masque une toute autre souffrance qui va faire suite dans la prochaine partie.

2. La douleur en santé mentale

2.1 Généralités sur la douleur

2.1.1 Qu'est-ce que la douleur?

L'évaluation et la prise en charge de la douleur du patient constituent un véritable enjeu et une priorité de santé publique.

Le soulagement de la douleur est d'ailleurs reconnu comme étant un droit fondamental de toute personne et s'inscrit dans la *Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002* : « 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. ».

La diversité des phénomènes douloureux et l'origine subjective de sa perception font qu'il est difficile d'en proposer une définition satisfaisante.

Mais d'après l'association internationale pour l'étude de la douleur (**I**nternational **A**ssociation for the **S**tudy of **P**ain [IASP], nouvelle définition de 2020), la douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. ».

La définition de l'IASP mérite quelques éclaircissements quant aux termes qu'elle emploie.

Dans un premier temps, il y a notion d'« expérience sensorielle et émotionnelle désagréable ». Ceci fait référence à ce que va ressentir le patient dans son corps et dans son esprit. En effet, la douleur va provoquer un phénomène sensoriel transmis au cerveau par les neurones sous forme d'un signal électrique. Cela varie selon le stimulus qui génère ce signal (Fondation pour la Recherche Médicale, s.d).

La douleur a une composante sensorielle en lien direct avec les émotions car cette sensation désagréable provoque un retentissement émotionnel qui fera apparaître chez la personne des émotions telles que la peur, l'anxiété, la colère (Thibault, P. et Fournival, N., 2012). Le terme « émotionnelle » dans la définition renvoie aux aspects psychologiques et aux diverses dimensions sociales, historiques, contextuelles, culturelles (Le Breton, 1995).

La seconde partie de la définition qui évoque « associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle . », laisse place à une légère modification apportée en 2020. Ce changement témoigne que les personnes qui ne peuvent s'exprimer ou décrire, expriment quelque chose de leur perception d'une manière qui laisse penser à l'expérience de la douleur. Cette douleur peut être liée à une lésion réelle ou bien y ressembler et ce en lien avec les facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux... (IASP, 2020).

2.1.2 La douleur aiguë et la douleur chronique

Afin d'étayer davantage cette définition, il me paraît essentiel d'aborder deux types de douleurs présentées par le Dr. A. Levesque (Support de cours CHU de Nantes, s.d) et Pierrot (2000), qui se distinguent entre elles par leur temporalité :

- La douleur aiguë, dite « signal d'alarme », s'étend sur une durée inférieure à 3 mois. C'est une douleur récente, transitoire qui disparaît rapidement. Le mécanisme est unifactoriel. Elle joue un rôle de protection de l'organisme, tel un avertissement de phénomènes anormaux pour l'individu : inflammation, infection, fracture, brûlure... afin qu'il réagisse et se protège face au stimulus. L'anxiété et la peur en sont l'expression affective immédiate.
- La douleur chronique se prolonge quant à elle, au-delà de 3 à 6 mois. Elle n'a plus aucune fonction, ni d'objectif biologique : elle est devenue « maladie ». Elle persiste même si la cause a disparu et résulte de mécanismes complexes associés à divers facteurs tels que sociaux, environnementaux.. Le mécanisme est plurifactoriel. Cette douleur va induire différents retentissements, aussi bien sur le plan physique que psychologique qui peu à peu, constituent un véritable syndrome douloureux chronique qui ne va cesser d'évoluer.

2.1.3 Les différents types de douleurs et leurs mécanismes

Outre ces deux précédentes douleurs qui varient en fonction du temps, il existe plusieurs types de douleurs issues de diverses origines qui se distinguent par leur mécanisme (Pierrot, 2000) et (Cudennec et Villella, 2007) :

- La douleur par excès de nociception (mécanisme qui prédomine dans les douleurs aiguës) : d'intensité variable, elle évolue sur un rythme mécanique (augmentée par l'activité physique) ou inflammatoire (responsable de réveils nocturnes). Elle est le résultat de l'activation des nerfs et autres structures nerveuses (moelle épinière et cerveau) qui véhiculent l'information concernant les dommages réels ou potentiels. L'information est donc transmise depuis la périphérie jusqu'à la moelle épinière. Exemples : inflammation, brûlures..
- La douleur neuropathique : résultante de lésions nerveuses périphériques ou centrales entraînant un dysfonctionnement de ceux précédemment cités. Fond douloureux permanent décrit comme une brûlure, sensation d'étouffement auquel s'ajoutent des accès paroxystiques avec des élancements, décharges électriques, coups de poignard...

- La douleur psychogène : il s'agit d'une douleur dont l'origine est psychique et « sans lésions » pouvant être en lien avec de nombreux facteurs tels que le stress, la dépression, un traumatisme, un deuil..
- La douleur mixte : elle est l'ensemble de trois mécanismes précédemment cités : la douleur nociceptive, neuropathique et psychogène. Ce sont de multiples douleurs qui associent plusieurs composantes.
- La douleur idiopathique : correspond à un syndrome douloureux dont les causes sont encore mal connues. La douleur est bien présente malgré des examens qui paraissent normaux.

2.1.4 Ses composantes

J'ai précédemment évoqué la notion de « composantes ». Afin d'analyser la douleur et ainsi en adapter la prise en soin, il existe 4 composantes illustrées par Anaëlle Davy, une infirmière ressource douleur (2021) :

- Composante sensori-discriminative : ***ce que le patient ressent physiquement***
 - Qualité : à type de brûlure, torsion, en étau..
 - Intensité : faible à très intense
 - Evolution temporelle : brève, permanente, paroxystique, répétée..
 - Localisation topographique
- Composante affectivo-émotionnelle : ***ce que le patient ressent moralement***
 - Varie en fonction de la personnalité du patient
 - Aspect désagréable et pénible de la douleur créant un retentissement émotionnel : anxiété, peur, dépression, colère, irritabilité...
- Composante cognitive : ***ce que le patient pense, le sens qu'il donne à la douleur***
 - Varie en fonction des expériences douloureuses antérieures et de son vécu, des croyances, de l'éducation, valeur attribuée à la douleur...
- Composante comportementale : ***la manière dont le patient exprime sa douleur***
 - Manifestations physiologiques (pâleur)? verbales (cris, pleurs..)? ou non verbales (postures antalgiques, agitation..)?

- Différents comportements qui peuvent en traduire : prise d'antalgique, activités physiques, aides techniques, sommeil perturbé, évitement

2.1.5 Comment l'évaluer?

Il vient d'être précédemment confirmé que la douleur est bien un phénomène multidimensionnel, subjectif, ce qui rend son étude complexe.

Il existe cependant à ce jour, de nombreux outils afin de pouvoir l'évaluer et ainsi mieux anticiper son impact afin d'y adapter, d'y faciliter les solutions pouvant y remédier. On y trouve des échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation aussi bien pour l'enfant que pour l'adulte qui seront détaillées au sein de l'**annexe I** selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (2014).

En somme, nous avons pu constater à quel point la notion de douleur était à la fois riche, complexe, un ressenti universel mais pourtant propre à chacun qui concerne tous les genres, tous les âges.

J'ai pu découvrir, à travers mes deux expériences vécues en stage, la place de cette notion dans le domaine de la santé mentale et c'est ce dont je vais faire suite.

2.2 La place de la douleur somatique en santé mentale

Tout d'abord, qu'est-ce que la douleur somatique?

Le Dictionnaire Larousse (s.d) définit le terme « somatique » comme étant ce « qui se rapporte au corps. ». De ce fait, la douleur somatique traduit une douleur en lien avec des signes cliniques issus du corps.

Afin d'en savoir un peu plus sur les pensées d'auteurs concernant la douleur somatique et la place qu'elle occupe en santé mentale, je me suis intéressée aux écrits de Ronan Février, praticien hospitalier dans la Revue Santé Mentale de septembre 2004 cités eux-mêmes par Eric Serra, psychiatre et responsable de la Consultation Douleur dans la Revue Santé Mentale de juin 2005.

R. Février y décrit les rapports complexes qui existent entre les soins somatiques et la psychiatrie.

D'après lui, certains d'entre nous pensent que les personnes psychotiques sont rarement malades. Malheureusement, les somaticiens qui exercent en santé mentale révèlent une méconnaissance diagnostique qui finit par engendrer une surmortalité somatique, notamment chez les patients schizophrènes. La souffrance psychique des patients peut donc masquer des symptômes somatiques,

la douleur du patient mériterait donc une attention particulière. (R. Février, 2004 cité par E. Serra, 2005, p.33).

Selon les dires d'Eric Serra (2005), la prise en soin de la douleur somatique reste problématique lors du diagnostic, de l'identification et donc dans le traitement et le suivi. Moins d'1 établissement psychiatrique / 2 possède un médecin référent douleur (interne ou externe).

Une psychiatre, Elodie Vial-Cholley (2010) rappelle que « de nombreuses études ont montré que les troubles psychiatriques constituent un facteur de risque majeur de comorbidités somatiques. L'espérance de vie des personnes schizophrènes est approximativement réduite de 20% par rapport à la population générale. » (p.16). La psychiatre rejoint donc les propos de Ronan Février quant à la surmortalité touchant les personnes qui souffrent d'un trouble psychiatrique.

De son point de vue, la prise en charge de pathologies somatiques chez les patients psychiatriques semble embarrasser les équipes soignantes, déstabilisent même parfois les psychiatres car elles les renvoient à une dimension du soin où ils sont moins à l'aise et pour laquelle l'institution psychiatrique n'est pas adaptée et se retrouve facilement débordée.

2 ème point : l'exercice de la médecine somatique chez les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique est l'un des plus complexe qu'il soit. Décoder la plainte somatique semble ardu de part la confusion entre les symptômes psychiques relevant de leur pathologie psychiatrique et les symptômes somatiques.

Pour finir, elle y voit un autre axe rendant la prise en compte de la douleur somatique comme étant complexe : « la compliance et le consentement aux soins ». En effet, elle indique que bien souvent, les symptômes engendrés par leur pathologie initiale (en lien avec un trouble psychiatrique) du type : labilité émotionnelle, troubles cognitifs, altérations du jugement, interfèrent dans l'observance des patients et engendrent des rendez-vous manqués compliquant ainsi l'organisation et la prise en soin somatique chez les patients.

Ceci dit, d'après R.Février (2005, p.52), depuis plusieurs années, nous assistons à une « déstigmatisation » de la psychiatrie et donc à une prise en compte croissante des besoins en soins somatiques en santé mentale. Cela semble facilité par des mouvements de professionnels paramédicaux (infirmiers nouvellement diplômés) et la présence en augmentation de médecins somaticiens.

E. Serra (2005) souligne : « Il appartient aux établissements de santé mentale de répondre par une politique adaptée, symbolisée, réfléchie et mise en œuvre par des **Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD)**. ». Les CLUD ont un rôle d'observatoire de la douleur, ils cherchent à faire progresser l'évaluation, ils favorisent le développement des protocoles qui visent à améliorer certaines réponses thérapeutiques. Les plans gouvernementaux, les rapports ministériels, les assises nationales dans les

domaines de la santé mentale doivent, selon l'auteur, accompagner les équipes de psychiatrie dans leurs réflexions, dans l'évaluation du problème et les réponses qu'elles apporteront.

En 2015, la **Fédération Française de Psychiatrie-Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP)** a élaboré des recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer la prise en soin somatique. Elles concernent la prévention et le repérage plus précoce des pathologies somatiques, l'amélioration de la prise en soin somatique des patients que ce soit durant l'hospitalisation, après celle-ci ou en ambulatoire. Le patient doit bénéficier d'un examen somatique tracé dans le dossier, d'un dépistage, d'une surveillance des comorbidités somatiques et du suivi de la balance bénéfice/risque des psychotropes au sein d'une collaboration étroite psychiatre/médecin généraliste.

Pour conclure cette partie, la douleur somatique en santé mentale semble donc constituer un défi pour l'ensemble des professionnels. Des progrès s'affichent mais les rapports particuliers entre troubles somatiques et troubles psychiques rendent, d'après les auteurs, une prise en soin complexe. C'est pourquoi, dans la dernière partie qui va suivre, nous nous intéresserons au prendre soin infirmier de la douleur somatique en psychiatrie.

3. Le prendre soin infirmier de la douleur somatique en psychiatrie

Avant toute chose, définissons le concept « prendre soin » dans le domaine des soins infirmiers. Walter Hesbeen, infirmier belge (1997), le définit comme le fait de porter une attention particulière à une personne vivant une situation qui lui est particulière dans l'objectif de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé.

3.1 Evaluer la douleur somatique en santé mentale

Il n'existe, à ce jour, aucune échelle d'évaluation de la douleur spécifique à la santé mentale. Pour apprécier l'approche du phénomène douloureux, l'équipe soignante utilise des échelles classiques à adapter selon les capacités de communication du patient qui ont pu être présentées en **annexe I**.

Comme le souligne Djéa Saravane, praticien hospitalier (2009), l'évaluation de la douleur des patients en soins psychiatriques est difficile de par divers facteurs tels que les difficultés de communication de certains patients avec parfois une non-verbalisation de la douleur, une sensation exprimée par le patient non perçue, la non-reconnaissance de la douleur par l'équipe soignante insuffisamment formée dans ce domaine...

Au moment d'évaluer, l'interrogatoire peut être très aléatoire, les délires ou les hallucinations provoquées par certaines pathologies psychiatriques peuvent induire en erreur, le vécu subjectif peut être altéré voire supprimé d'après l'auteur. Il ajoute qu'il faut être vigilant aux changements d'attitude et de comportement, aux automutilations, aux changements de posture évoquant l'inconfort, aux plaintes spontanées... Toutes ces manifestations comportementales peuvent également être confondues avec la symptomatologie psychiatrique, il faut donc être attentif à cela, d'où toute la difficulté dans l'évaluation en psychiatrie.

Il est donc plus aidant de bien connaître le patient. On peut également s'aider de l'entourage de celui-ci qui connaît davantage ses habitudes afin de repérer un quelconque changement.

Évaluer la douleur peut également s'avérer être difficile en raison de la perception de la douleur par les patients en fonction de leur pathologie. Mais comment perçoivent-ils la douleur? C'est ce que nous allons voir dans la partie suivante.

3.2 Perception de la douleur

De nombreuses études cliniques et épidémiologiques se sont intéressées à la perception de la douleur en santé mentale. En effet, la perception semble complexe chez les patients compte tenu de la dimension psychiatrique. Djéa Saravane et France Peultier (2010) rapportent que cela concerne surtout la perception chez les patients psychotiques dont les auteurs y décrivent essentiellement une forme d'insensibilité à la douleur voire une analgésie.

Walter E Marchand a étudié trois pathologies : la perforation d'ulcère gastro-duodéal, l'appendicite aiguë et la fracture du fémur chez les patients schizophrènes. Parmi l'ensemble, 37% n'ont présenté aucune plainte douloureuse. Concernant les infarctus, ce même auteur a constaté que dans 82,5% des cas l'infarctus fut indolore en phase initiale et dans 67,5% au bout de 24h.

D'après Saravane et Peultier (2010), « Toutes ces études aboutissent à la même conclusion : ces patients sont insensibles à la douleur. » (p. 21). Des hypothèses ont été évoquées à cette insensibilité : une perturbation de la conscience de soi, une altération des perceptions sensorielles, l'incidence des psychotropes sur la perception, l'action des endorphines chez les schizophrènes, l'action de l'halopéridol du fait de la liaison de cette molécule aux récepteurs endorphiniques.

Ainsi, selon Saravane et Peultier (2010), « certaines pathologies psychiatriques s'expriment par une expression douloureuse particulière, d'autres par un déni de la douleur. Les patients ressentent la douleur mais ne réagissent pas et ne l'expriment pas », l'expression se traduit alors par un langage ou un comportement qui n'est pas toujours facile à décoder.

3.3 La douleur et la souffrance

Pour terminer cette partie sur le prendre soin infirmier quant à la douleur en psychiatrie, il me semblait essentiel d'aborder les notions de « douleur » et de « souffrance » afin d'y comprendre le sens de chacune, s'il existe un lien ou bien une différence.

J'ai évoqué dans un chapitre antérieur la définition de la douleur somatique.

Venons-en maintenant à la notion de « souffrance » et plus précisément de « souffrance psychique ». Le Dictionnaire Larousse (s.d) définit la souffrance telle que : « Fait de souffrir, état prolongé de douleur physique ou morale ». Cette définition reste très vaste et englobe la douleur physique et morale.

Quant à la souffrance psychique, elle se définit comme « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (Fassin, 2004 cité par Jacques, 2004, p.23).

De par ces définitions, nous observons un sens différent bien qu'il reste encore très large si l'on se réfère au Dictionnaire Larousse.

Afin d'étayer davantage le sujet, je me suis appuyée sur la revue rédigée par Emmanuelle Gilloots, psychologue et psychothérapeute (2006) ainsi que sur l'ouvrage d'Elisabeth Quignard, médecin gériatre (2016).

D'après Emmanuelle Gilloots (2006), le mot « douleur » fait référence en priorité au corporel car c'est une sensation pénible ressentie dans une partie du corps mais c'est aussi un sentiment pénible, on parle alors de douleur morale. Elle rejoint la définition du Dictionnaire Larousse quant au mot « souffrance » qu'elle trouve d'emblée plus large. Pour autant, selon elle, ces deux « aspects du mal-être sont intimement mêlés » (p.23).

Pour Elisabeth Quignard (2016), « La souffrance est plus large que la douleur, elle l'englobe, c'est toute la personne dans son individualité et son histoire qui souffre » (p.405).

Sur ce point, Emmanuelle Gilloots la rejoint en indiquant que lorsque nous sommes victimes de douleurs physiques, le cerveau se met à répondre face à ses informations douloureuses en développant des réponses émotionnelles, comportementales et affectives. Elle appuie donc sur le fait que nous entrons dans le domaine de la douleur où celle-ci devient souffrance et fait donc partie d'une expérience plus large en mobilisant la personnalité et la mémoire.

Les deux auteurs s'accordent également lorsqu' Elisabeth rappelle le « total pain » nommé en 1967 par Cicely Saunders qui évoque le caractère multidimensionnel de la douleur comme étant une expérience douloureuse ayant des répercussions sur le vécu de la personne.

IV - Dispositif méthodologique du recueil de données

1. Choix de l'outil de recueil de données et ses objectifs

Après avoir effectué de nombreuses recherches auprès d'auteurs afin d'y construire un cadre théorique autour de mon sujet, l'idée est de pouvoir comparer ces données théoriques avec la réalité du terrain. Pour ce faire, je suis allée à la rencontre de professionnels de santé afin d'enrichir mes recherches et ainsi éclairer ma thématique.

Pour mener cet entretien, j'ai choisi comme outil de recueil de données *l'entretien semi-directif*. Cet outil permet de recueillir des réponses qualitatives grâce à un protocole de questions rédigées autour de différents thèmes. Même s'il est orienté par les objectifs de recherche, l'entretien reste souple afin que les deux professionnels puissent répondre de manière ouverte dans l'ordre qu'ils souhaitent. Cela leur permet d'exprimer aisément leur ressenti sans être influencés ou limités par des réponses prédéfinies. Au moindre écart, il m'est possible de recentrer l'entretien autour des objectifs.

Pour ce faire, j'ai donc construit un guide d'entretien (**cf. annexe II**) identique pour les deux professionnels autour de trois thématiques dont deux principales qui sont : *une présentation du soignant et de son parcours* pour mieux le connaître, *la douleur en psychiatrie* et *le prendre soin infirmier du patient douloureux en psychiatrie*.

Le guide d'entretien a pour objectif de venir approfondir les recherches, d'étayer celles recueillies par les auteurs. Il permet de recueillir l'avis de deux professionnels de santé qui exercent à ce jour. L'idée est de pouvoir ensuite confronter nos lectures à la réalité du terrain.

Dans le cadre de ma recherche, j'ai élaboré des objectifs précis figurant dans le guide d'entretien :

- Connaître le parcours de soins, les expériences et l'ancienneté du professionnel dans les soins
- Connaître l'expérience du professionnel en termes de douleur dans les soins
- Connaître la perception du soignant quant à la notion de "douleur en psychiatrie"
- Identifier la place de la douleur somatique en psychiatrie selon le professionnel interrogé
- Identifier le type de situations génératrices de douleur somatique
- Identifier la démarche soignante utilisée pour évaluer la douleur somatique en santé mentale
- Identifier les actions mises en place pour soulager le patient de sa douleur

2. Choix de la population

Pour mon premier entretien, le choix a été évident. J'ai décidé de rencontrer l'infirmière qui se trouvait avec moi durant mon stage du semestre 3 lors de ma **première situation de départ** au sein de l'unité d'admission en psychiatrie. Elle y travaille encore à ce jour. Cela me paraissait naturel. Ayant vécu cette situation autant que moi, elle pouvait m'apporter des informations très enrichissantes à propos de mon sujet.

D'autant plus que son regard m'intéressait car dans mes souvenirs, elle avait fait partie du CLUD.

Suite à mon stage effectué en deuxième année, j'ai pu reprendre contact avec elle facilement par téléphone ayant gardé son numéro.

Pour le deuxième entretien, c'est grâce à l'infirmière de l'unité d'admission, citée précédemment, que j'ai pu rencontrer une infirmière d'unité psychiatrique qui est également vice-présidente du CLUD. Cela me paraissait pertinent. En effet, elle n'était pas dans la même unité que la première infirmière, j'avais donc la probabilité d'obtenir des idées différentes mais elles avaient toutes deux un regard venant du CLUD et cela pouvait s'avérer être intéressant au moment de confronter les idées de chacune. J'ai donc de suite accepté et pris contact par téléphone après l'avoir obtenu par l'infirmière que je connaissais.

3. L'organisation mise en place pour réaliser les entretiens

Pour réaliser le premier entretien, j'ai contacté l'infirmière par téléphone et nous avons convenu de nous retrouver au sein de mon école. J'ai demandé pour ce faire, une salle à l'un des référents de l'établissement qui m'a finalement prêté le bureau d'une de ses collègues afin de ne pas être dérangées.

Nous étions face à face l'une de l'autre autour d'un bureau. J'avais mon ordinateur comme support pour avoir sous mes yeux le guide d'entretien. L'infirmière me connaissant déjà, je n'ai pas eu besoin de me présenter. J'ai seulement dû lui évoquer la raison de notre rencontre et lui ai succinctement dit mon sujet de recherche pour ne pas trop en dire. J'ai demandé la permission à l'infirmière pour pouvoir enregistrer l'échange afin de retranscrire plus facilement les informations recueillies. C'est grâce à mon téléphone que j'ai pu enregistrer l'entretien. Celui-ci a duré au total 45 minutes.

La deuxième rencontre s'est déroulée à la suite de mon premier entretien, j'ai donc enchaîné les deux dans la même après-midi. L'infirmière étant en arrêt maladie, nous n'avons pas pu nous rencontrer

physiquement. Elle m'avait prévenu à l'avance, j'avais donc organisé en amont une visioconférence pour pouvoir réaliser l'échange. C'était la première fois que l'on se rencontrait, je me suis donc présentée et je l'ai remercié d'avoir proposé de me rencontrer. Je lui ai précisé qu'elle n'était pas obligée de mettre sa caméra si elle ne souhaitait pas. Elle a souhaité la mettre afin de vivre un échange plus convivial. Elle a également accepté d'être enregistrée à l'aide de mon téléphone. L'entretien aura duré 1 heure environ.

A la suite des deux rencontres, j'ai repris mes enregistrements afin de réaliser les retranscriptions de chacun des entretiens qui se trouvent en **annexe III**.

4. Le bilan du dispositif

Comme pour tout travail, il y a du positif et parfois quelques difficultés.

Si je devais commencer par mes difficultés, j'évoquerais le fait d'être restreint dans la conception des questions lors du guide d'entretien. Parfois, nous sommes tentés de poser des questions très précises qui pourraient influencer la réponse du soignant, ce n'était donc pas facile de ne pas montrer vers où l'on souhaitait en venir avec notre guide d'entretien.

Ensuite, le sujet nous paraît parfois tellement évident qu'il est difficile d'y créer des objectifs, des questions qui puissent "parler" au professionnel.

Pour terminer, lors de la visioconférence, en raison d'une mauvaise connexion, il y a eu quelques coupures par moment, je loupais donc quelques informations. J'ai dû relancer à plusieurs reprises l'infirmière pour qu'elle reprenne ce qu'elle venait de me dire. C'est pour cette raison que l'entretien a mis plus de temps que prévu.

Pour finir sur du positif, dans l'ensemble, la prise de contact avec les deux infirmières a été fluide, accessible et sans imprévus. Même si je ne connaissais pas la deuxième infirmière, nous avons rapidement été mises en relation et nous avons fixé un rendez-vous par visioconférence sans encombre.

De plus, les deux échanges se sont déroulés de manière naturelle, semblable à une discussion. Les réponses aux questions étaient fluides, c'était un partage d'expérience agréable qui respectait une ligne conductrice tout en restant libre et conviviale.

Après avoir présenté l'ensemble du dispositif méthodologique du recueil de données, nous verrons ensuite, dans la partie qui fera suite, l'analyse descriptive de ces deux entretiens.

V - L'analyse descriptive des entretiens

1. Le profil des professionnels interrogés

Par souci de confidentialité, les deux professionnelles rencontrées lors des entretiens seront nommées IDE 1 et IDE 2 tout au long de l'analyse.

L'IDE 1 est une infirmière diplômée de 2009. C'est une ancienne aide-soignante diplômée de 2002. Elle a beaucoup axé ses études et son parcours sur la personne âgée. En tant qu'aide-soignante, elle a exercé en EHPAD pour ensuite aller sur le pool et les unités d'admissions pour personnes âgées. Elle a expérimenté durant un an le libéral. Elle obtient ensuite deux diplômes universitaires : le DU plaie et le DU douleur. Elle a également fait partie du CLUD dont elle a été vice-présidente. A ce jour, elle travaille dans une unité d'admission pour personnes adultes atteintes de troubles psychiatriques.

L'IDE 2 est une infirmière diplômée fin 2001. Elle a commencé par travailler trois mois pour dépanner une commune puis elle est rentrée en mars 2002 au sein d'un centre hospitalier psychiatrique. Elle a travaillé 11 ans dans une maison d'accueil spécialisée rattachée à l'hôpital puis 9 ans au sein d'une unité psychiatrique dans laquelle elle s'y trouve encore à ce jour.

Membre depuis 8 ans au sein du CLUD sur l'hôpital dont elle est aujourd'hui vice-présidente.

Elle a pour souhait de passer le DU douleur l'année prochaine.

2. Qu'en est-il de la douleur en psychiatrie?

2.1 Les représentations soignantes quant à la place de la douleur somatique

Pour débiter mes entretiens, je souhaitais avant tout connaître la perception de chacune des soignantes quant à la place qu'occupe actuellement la douleur somatique en psychiatrie.

L'IDE 1 reconnaît que parfois, la douleur somatique en psychiatrie ne représente pas toujours une priorité dans les soins : « C'est la douleur psychique qui est en priorité et ce ne sont pas les démonstrations de pathologies physiques qui sont priorisées par les soignants ». Le sujet représente pour elle un enjeu de santé publique encore bien présent : « ça reste une grande problématique, même s'il y a des progrès aujourd'hui ». L'IDE 2 la rejoint sur les progrès. En effet, de son point de vue, la prise en soin de la douleur est davantage présente, les soignants semblent mieux la considérer. Elle évoque même une démocratisation en progression : « Elle se démocratise », « il y a

10 ans on en parlait pas beaucoup ». Elle explique cela par les formations en IFSI qui évoluent, par le fait que l'on aborde de plus en plus le sujet.

Ceci dit, pour l'IDE 1, la prise en soin de la douleur reste encore différente par rapport à un service de soins généraux. Pour l'IDE 2, la prise en compte est la même d'un service à l'autre.

2.2 Les manifestations douloureuses rencontrées

Afin de connaître les situations génératrices de douleur somatique, j'ai interrogé les infirmières sur les manifestations douloureuses qu'elles rencontraient principalement.

Elles s'accordent toutes les deux sur les douleurs abdominales qui reviennent fréquemment en raison « des traitements qui favorisent la constipation » et sur les céphalées de par les ruminations, le fait de réfléchir sans cesse.

L'IDE 1 ajoute les douleurs dentaires car « il y a des problèmes d'hygiène » chez les personnes souffrant de délires, de dépression où celles qui ne mangent plus correctement.

L'IDE 2 ajoute quant à elle des douleurs articulaires, des dorsalgies ou encore des lombalgies.

3. Qu'en est-il du prendre soin infirmier du patient douloureux en psychiatrie?

3.1 L'évaluation de la douleur

Pour cette deuxième grande partie, je me suis intéressée au prendre soin infirmier et donc à l'évaluation de la douleur établie en psychiatrie.

Les deux infirmières m'ont toutes les deux rapporté des difficultés pour évaluer cette douleur.

En effet, l'IDE 1 évoque une douleur physique et psychique très « intriquées » rendant la prise en soin complexe. L'IDE 2 le confirme : « On est obligé de prendre en compte l'état psychique de notre patient quand on prend en compte sa douleur. La douleur somatique est donc difficile à évaluer. ».

Parfois, il leur est difficile de démêler ces deux douleurs de par leur imbrication, le lien fort qui les unie.

L'IDE 1 indique qu'ils peuvent facilement être interrompus dans leurs soins par un patient qui vient les voir, « quand on a une personne qui nous dit qu'elle a mal, on suit le protocole, on prend les constantes, donc évaluer la douleur prend du temps et souvent on ne peut pas, on est morcelé dans notre propre métier ». Cela leur demande donc une attention particulière et du temps dont ils ne disposent pas toujours.

Autre problématique : l'évaluation de la douleur réalisée par le médecin ou l'interne à l'entrée n'est pas toujours notée. L'IDE 1 rapporte donc : « si on ne sait pas à l'arrivée si le patient était d'emblée

douloureux, on ne va pas pouvoir réagir de la même façon ». Il y a donc ici plusieurs éléments qui montrent une difficulté de la part des soignants pour évaluer la douleur somatique.

Pourtant, des outils sont mis en place pour évaluer la douleur d'après l'IDE 1 : « Avec le CLUD on a mis en place un petit kit qui reprend les échelles d'évaluation de la douleur avec l'échelle numérique, l'échelle visuelle analogique. », « on a rajouté tout ce qui est algoplus, doloplus, DN4 ». Ils utilisent également la GED-DI pour les patients en déficience intellectuelle ou pour les patients autistes. Tout en préservant la même échelle pour le même patient durant la totalité de l'hospitalisation. Les deux soignantes s'accordent à dire que les échelles les plus utilisées en psychiatrie sont les échelles numériques et analogiques. Le kit est, dans les bonnes pratiques, appliqué sur chaque chariot de soins et dans la pharmacie de chaque unité.

3.2 Des actions pour soulager

Des actions sont mises en place pour soulager la douleur, qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses. Il existe en psychiatrie des protocoles adaptés à chaque patient, à chaque type de douleur, qui ont été revus par les pharmaciens. Dans le cas où l'action serait médicamenteuse, on commence par mettre en place du paracétamol ou bien de l'ibuprofène (pas d'ibuprofène pour les plus de 60 ans).

Des actions non médicamenteuses sont également mises en place comme le rapporte les deux infirmières. Il y a les packs chauds et froids, l'écoute qui permet de se sentir entendu et apaise le stress, la musicothérapie, le kiné et l'ergothérapeute qui permettent d'apaiser certains maux. Puis, d'autres techniques tentent de se développer comme l'hypnose, l'acupuncture, la sophrologie, la technique de snoezelen mais tout cela demande de recenser des professionnels formés et ce n'est pas encore totalement accessible.

3.3 Des stratégies pour mieux repérer une douleur somatique

Je leur ai ensuite demandé si elles avaient mis en place des stratégies personnelles pour mieux repérer une douleur somatique et ainsi faciliter leur évaluation.

Pour l'IDE 1, c'est le moindre changement de comportement qui va lui permettre de reconnaître. Cependant, elle reconnaît qu'il faut avoir constamment cette idée en tête et ce n'est pas évident.

Parfois, avant même que la douleur soit verbalisée par le patient, elle anticipe la douleur en reprenant les douleurs les plus observées en psychiatrie. Globalement, pour cette infirmière, c'est

l'expérience, les cours théoriques et le fait d'être en équipe qui lui permettent de mieux repérer une douleur. Elle part du principe : « quand ils ont mal, on part du principe qu'ils ont mal ».

Pour l'IDE 2, c'est le fait de connaître le patient qui va permettre de mieux repérer une quelconque douleur. Elle questionne, écoute et observe le patient. C'est aussi le lien avec le médecin et l'équipe qui vont permettre d'aiguiller. Elle rejoint les propos de l'IDE 1 en annonçant que si il y a le moindre doute quant à une douleur, elle préfère vérifier et ne rien laisser passer plutôt que l'inverse.

3.4 Quand la pathologie psychiatrique rencontre la douleur somatique

Les deux infirmières que j'ai pu rencontrer m'ont fait part d'un autre sujet qui rendait complexe la prise en soin de la douleur somatique.

En effet, d'après elles, les patients qui souffrent d'une pathologie psychiatrique ont parfois une perception et une expression de la douleur qui est différente de la nôtre.

L'IDE 1 indique qu'il y a parfois, des patients qui ont du mal à s'exprimer, à parler de leur corps, notamment dans les psychoses et cela ne simplifie pas les choses pour évaluer la présence d'une douleur. « On a des patients qui n'ont pas le même rapport à la douleur, qui ne peuvent pas en parler de la même façon, la montrer de la même façon. » Pour les pathologies névrotiques, il y a aussi des difficultés, c'est seulement après avoir donné un médicament, en observant que le score de l'évaluation a diminué qu'ils pourront se rendre compte qu'il y avait une réelle douleur.

L'IDE 2 confie avoir parfois des patients qui ne se souviennent même pas s'être fait mal en activité. Certains ne se plaignent d'aucune douleur, ne parviennent pas à l'exprimer. Les deux infirmières s'accordent à dire que les difficultés de communication représentent un des freins majeurs dans la reconnaissance d'une douleur chez un patient en psychiatrie.

Autre manière d'expression rendant l'évaluation complexe : souvent, la douleur physique exprimée va vouloir signifier quelque chose au niveau du psychisme. Certains patients viennent voir les soignants car ils sont tracassés par quelque chose. L'expression de leur mal-être va se faire de manière physique. Ce sera une façon de canaliser l'attention des soignants.

Il y a également certaines pathologies qui se démarquent des autres et pour lesquelles il existe un risque de passer à côté d'une douleur.

Pour l'IDE 1, les pathologies qu'elle retrouve le plus, ce sont les troubles psychotiques car lorsqu'ils sont en phase aiguë, il est difficile de faire la part des choses. L'IDE 2 ajoute qu'ils n'ont pas du tout le

même ressenti que nous, ils ont des difficultés de sensation, des problèmes d'élaboration intellectuelle qui font qu'ils n'arrivent pas à mettre de mots sur ce qu'ils ressentent.

Ensuite, il y a toutes les pathologies type névrose, troubles anxieux généralisés, les patients ressentent leur corps mais vont être dans une plainte constante et il arrive qu'au bout d'un moment les soignants n'entendent plus les plaintes, c'est à ce moment-là qu'il y a un risque de passer à côté.

L'IDE 2 quant à elle, indique qu'il existe un risque avec les personnes dépressives car souvent elles ne parlent pas de leur douleur somatique.

Puis il y a les personnes histrioniques, autrement dites « démonstratives » ou les personnes maniaco dépressives qui ont tendance à augmenter les plaintes et c'est là où le risque de ne pas prendre en compte augmente.

3.5 Entre douleur et souffrance?

Pour terminer sur le prendre soin, j'ai souhaité interroger les professionnelles sur un sujet qui n'est pas des plus simples pour la prise en soin. Je leur ai demandé leur vision des choses quant à la douleur et la souffrance, si elles y voyaient un lien ou bien une différence et si cela avait un impact sur leur prise en soin.

Les deux infirmières ne sont pas totalement en accord sur le sujet.

Selon l'IDE 1, il existe deux types de douleurs. Il y a la souffrance psychique avec laquelle ils travaillent constamment en psychiatrie, c'est leur « bébé », c'est ce qu'ils travaillent en premier. Mais elle rappelle qu'un être humain reste un être humain et qu'il n'y a pas que le psychisme. Il y a aussi la douleur physique à prendre en compte. Ce sont deux types de douleurs qui sont très liées, et il n'est pas toujours facile de les démêler. Pour elle, la douleur et la souffrance sont imbriquées. Mais pas toujours car quand certains ont mal aux dents, il n'y a pas forcément de souffrance psychique derrière. Elle pense que même si elles sont imbriquées, il est tout de même bien de les distinguer car le traitement ne sera pas le même.

A l'inverse, l'IDE 2 pense qu'on ne peut pas dissocier douleur somatique et douleur psychique. Tout est imbriqué. Elle indique : « On est obligé de prendre en compte l'état psychique de notre patient quand on prend en compte sa douleur ». Pour l'infirmière, une douleur physique entraînera toujours une douleur psychique car souffrir n'est pas agréable. Elle a déjà remarqué des dépressions s'installer chez des personnes douloureuses chroniques. Elle ajoute également qu'il est déjà arrivé que l'humeur d'une personne remonte car sa douleur physique avait été prise en considération. Pour elle, une douleur physique entraîne un poids sur la personne et altère l'humeur. Elle indique qu'il y a des

moments où l'on peut les distinguer car la douleur psychique a tendance à somatiser. Mais l'essentiel pour elle, ce n'est pas vraiment de distinguer les deux mais de soulager le patient.

VI - La discussion

Pour aboutir à ce travail d'initiation à la recherche, je vais dès à présent confronter les données recueillies auprès des auteurs à celles des professionnelles de santé rencontrées tout en ayant un regard porté sur ma question de départ qui est, je le rappelle : ***En psychiatrie, dans quelle mesure les troubles psychiatriques d'un patient influencent-ils la prise en compte de sa douleur somatique?***

J'y ajouterai également mon opinion au regard des résultats obtenus, ce que j'ai pu découvrir à chaque étape de la construction de ce mémoire.

Pour ce faire, cette dernière partie sera découpée en 2 grands axes. Le premier aborde la douleur somatique en psychiatrie et sa place fragile, le deuxième s'intéresse au prendre soin infirmier et l'influence de la pathologie psychiatrique sur celui-ci.

Enfin, au terme de cette démarche d'exploration et de ce qu'il en ressort, j'envisagerai une précision quant à ma question de départ pour en faire naître une question de recherche.

1. La douleur somatique en psychiatrie : une place fragile

Comme le souligne l'IDE 1, la place de la douleur somatique en psychiatrie représente encore « une grande problématique » de nos jours. Cela rejoint les propos d'Eric Serra (2005) qui constate une prise en soin de la douleur somatique comme restant problématique dans l'ensemble du parcours de soins du patient.

D'après Ronan Février, praticien hospitalier (2005), certains d'entre nous pensent que les personnes psychotiques sont rarement malades et que malheureusement, les somaticiens qui exercent en santé mentale révèlent une méconnaissance diagnostique qui finit par engendrer une surmortalité somatique. A mon échelle et après avoir mené différentes recherches, je pense simplement que la douleur somatique est, si je puis dire, oubliée. Elle n'est pas la priorité des équipes soignantes tant la pathologie psychiatrique prend de la place dans l'ensemble des soins. L'IDE 1 reconnaît d'ailleurs que la douleur physique ne représente pas toujours une priorité pour les soignants : « C'est la douleur psychique qui est en priorité et ce ne sont pas les démonstrations de pathologies physiques qui sont priorisées par les soignants ».

Elodie Vial-Cholley (2010), psychiatre, perçoit la prise en charge de pathologies somatiques comme sembler embarrassante pour l'équipe soignante et déstabilisante pour les psychiatres qui s'y trouveraient moins à l'aise dans la prise en soin. Pourtant, la douleur somatique semble bien présente. En effet, les deux professionnelles m'ont rapporté quelques manifestations douloureuses telles que des douleurs abdominales provoquées par les traitements, des douleurs dentaires récurrentes, des douleurs articulaires et bien d'autres. Cette recherche m'a rappelé le temps où j'étais en stage en psychiatrie où j'ai pu être confrontée à des douleurs somatiques, notamment des douleurs dentaires comme rapportées dans ma première situation d'appel.

La psychiatre (2010) indique que « de nombreuses études ont montré que les troubles psychiatriques constituent un facteur de risque majeur de comorbidités somatiques. ». Ces propos illustrent l'ampleur et la présence bien réelle des pathologies somatiques en santé mentale et les potentielles douleurs qui en découlent.

Au moment de l'entretien, je souhaitais recueillir l'avis des deux soignantes sur un point. Je leur ai demandé si, selon elles, la prise en compte de la douleur était la même entre un service de soins généraux et un service de psychiatrie.

Du point de vue de l'IDE 2, même s'il existe peu de place pour la douleur somatique, la prise en compte reste la même entre un service de soins généraux et un service psychiatrique. Je m'attendais à une réponse identique pour les deux mais j'ai remarqué une différence. En effet, pour l'IDE 1, la prise en soin de la douleur reste encore bien différente par rapport à un service de soins généraux. J'ai trouvé cette divergence intéressante, elle m'a surprise car malgré leur parcours professionnel très similaire, leur perception du sujet ne semble pas toujours identique et c'en est enrichissant.

Malgré une fragilité qui semble encore préoccupante aujourd'hui, j'étais curieuse de connaître s'il y avait des progrès quant à la place qu'occupe la douleur somatique, s'ils se faisaient ressentir au sein des unités. Les auteurs ont pu apporter quelques réponses à mes questions comme R.Février (2005, p.52) qui indique que depuis plusieurs années, nous assistons à une « déstigmatisation » de la psychiatrie et donc à une prise en compte croissante des besoins en soins somatiques en santé mentale. Il explique cela par des mouvements de nouvelles générations de professionnels paramédicaux et la présence en augmentation de médecins somaticiens. Pour ma part, j'ai pu observer par mes recherches et par mon expérience en psychiatrie, l'essor des CLUD qui ont un rôle majeur dans le développement des protocoles visant à améliorer la prise en charge de la douleur. Des professionnels étant sur le terrain de la psychiatrie sont eux-mêmes soit au sein du CLUD soit diplômés d'un DU douleur comme les deux professionnelles que j'ai eu la chance de rencontrer.

D'ailleurs, toutes deux sont en accord pour souligner des progrès. L'IDE 2 évoque même une démocratisation qui serait le fruit d'un sujet de plus en plus abordé.

D'un regard extérieur, cette notion de douleur somatique en psychiatrie semblerait vouloir être entendue. J'ai pu constater, en tant que future professionnelle, l'ampleur du sujet qui concerne la douleur tant l'intérêt apporté par les soignantes lors des entretiens était important et fulgurant.

2. Le prendre soin infirmier : l'influence de la pathologie psychiatrique

Je souhaitais aborder en deuxième et dernière partie de ma discussion, un élément essentiel pour moi dans cette démarche de recherche : le prendre soin infirmier. En effet, si j'ai été amenée aujourd'hui à construire une recherche autour de la douleur somatique en psychiatrie, l'un des objectifs était d'y comprendre la démarche infirmière, le prendre soin qui existe autour de cette douleur. Ces multiples recherches m'aiguilleront sur le chemin d'une toute nouvelle aventure en tant qu'infirmière.

Tout d'abord, dans le prendre soin infirmier, il y a l'évaluation de la douleur. Celle-ci se fait à l'aide d'outils appelés « échelles d'évaluation ». Malheureusement, il n'existe aucune échelle de la douleur spécifique à la santé mentale, on utilise donc des échelles classiques comme pour les services de soins généraux (cf. **annexe I**). Ceci dit, d'après les deux soignantes rencontrées, un petit kit reprenant l'ensemble des échelles classiques se trouve accroché sur les chariots de soins et dans les pharmacies de chaque unité de l'établissement. Celui-ci a été mis en place à l'initiative du CLUD. Je trouve cela pertinent car la présence systématique du kit déclenchera une piqûre de rappel quant au fait d'employer des échelles afin d'assurer une évaluation de qualité.

Malgré des outils visant à faciliter l'évaluation d'une douleur physique en santé mentale, les infirmières m'ont rapporté des difficultés pour évaluer celle-ci.

Pour toutes deux, la douleur physique et la douleur psychique sont très imbriquées entre elles, il n'est donc pas simple de démêler les deux et de reconnaître celle qui se manifeste. Comme le souligne Djéa Saravane (2010), toute manifestation comportementale évoquant une douleur peut être rapidement confondue avec la symptomatologie psychiatrique. C'est une difficulté que j'ai pu rencontrer en stage lors de ma première situation d'appel. En effet, il m'a été difficile de reconnaître une douleur somatique parmi la pathologie. Je me suis demandée : comment puis-je percevoir à travers la pathologie?

De plus, les deux infirmières m'ont rapporté un manque de temps pour évaluer de par le fait d'être régulièrement interrompues dans leurs soins par les patients. Un manque de traçabilité dans l'évaluation de la douleur leur rend également une prise en soin ardue. L'évaluation en psychiatrie semble donc semée d'embûches.

Un autre aspect vient complexifier le prendre soin infirmier du patient douloureux et se rapproche de ma question de départ. En effet, la pathologie psychiatrique va parfois influencer, rendre difficile la prise en compte de la douleur. Les patients qui souffrent d'une pathologie psychiatrique ont parfois une perception et une expression de la douleur qui diverge de la nôtre. Il n'est donc pas toujours simple de bien la repérer.

Lorsque j'ai échangé avec les infirmières, une même difficulté est ressortie. Parfois, certains patients ont du mal à exprimer ce qu'ils ressentent à travers leur corps. Le rapport à la douleur semble différent. Djéa Saravane (2009), souligne des difficultés de communication avec parfois une non-verbalisation de la douleur. Mais certaines pathologies sont plus concernées que d'autres. Il y a les troubles psychotiques qui, selon les infirmières interrogées, n'ont pas le même ressenti que nous. Ils ont des difficultés de sensation, des problèmes d'élaboration intellectuelle ne permettant pas de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent. Djéa Saravane et France Peultier (2010) rejoignent les propos des soignantes en y décrivant une forme d'insensibilité à la douleur voire une analgésie. « Les patients ressentent la douleur mais ne réagissent pas et ne l'expriment pas » d'après les deux auteurs. Ensuite, il y a toutes les pathologies type névrose, troubles anxieux généralisés, les personnes histrioniques ou encore maniaco dépressives pour qui les plaintes récurrentes finiront pas ne plus être entendues par les soignants. C'est là que j'ai pris conscience à quel point la pathologie et les comportements associés pouvaient influencer la prise en compte du soignant quant à la douleur physique. Le réflexe primaire du professionnel en psychiatrie est de repérer tout comportement en lien avec ses troubles. Je pense donc qu'au moindre signe, c'est la pathologie psychiatrique qui prend le dessus et non le somatique et ce, par habitude.

Hormis la pathologie psychiatrique qui semble être le cœur des difficultés de prise en compte de la douleur, il y a un dernier point qui ne facilite pas le travail des soignants. J'ai souhaité en savoir plus sur deux notions : la douleur somatique et la souffrance psychique afin de mieux comprendre la démarche soignante employée. Un lien est-il fait entre les deux? Une différence? La prise en soin est-elle la même pour les deux? Beaucoup de questions me sont venues.

D'une part et pour rappel, l'association internationale pour l'étude de la douleur (**I**nternational **A**ssociation for the **S**tudy of **P**ain [IASP], 2020), définit la douleur comme « une expérience sensorielle

et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle. ». D'un autre côté, la souffrance psychique se définit comme « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (Fassin, 2004 cité par Jacques, 2004, p.23). En rencontrant les deux infirmières, j'ai remarqué des similitudes puis des divergences dans leur vision des choses. Pour l'IDE 2, ces deux douleurs belles et bien présentes sont imbriquées et ne peuvent être dissociées l'une de l'autre. Pour elle, une douleur physique entraînera toujours une douleur psychique car cela entraîne un poids sur la personne et altère l'humeur. Elle a d'ailleurs déjà remarqué des patients qui avaient retrouvé le moral après que leur douleur physique ait été prise en compte. L'IDE 1 la rejoint quant au lien fort qui réunit les deux douleurs mais de son point de vue, il n'y a pas toujours de souffrance psychique derrière une douleur physique : « quand certains ont mal aux dents, il n'y a pas forcément de souffrance psychique derrière. ». Elle pense qu'il est bien de les distinguer car le traitement ne sera pas le même. Globalement, les auteurs rejoignent l'avis des deux soignantes. Pour Emmanuelle Gilloots, psychologue et psychothérapeute (2006), ces deux douleurs sont très mêlées. Lorsque nous sommes victimes de douleurs physiques, le cerveau se met à développer des réponses émotionnelles, comportementales et affectives. Elisabeth Quignard, médecin gériatre (2016) évoque le caractère multidimensionnel de la douleur comme étant une expérience douloureuse ayant des répercussions sur le vécu de la personne. De mon point de vue, je pense qu'aucune théorie à ce jour ne peut déterminer s'il faut les distinguer ou bien les associer dans la prise en soin. A mon sens, et en tant que future professionnelle, cela reste relatif et propre à chacun tant que l'objectif principal est de soulager le patient.

A travers mes recherches théoriques et les entretiens recensés, de nouveaux questionnements ont émergé. J'ai pu trouver des éléments de réponse satisfaisants à mes précédentes interrogations mais celles-ci ont évolué et un point mériterait d'être développé.

Rappelons-le, la douleur est un phénomène subjectif, relatif à chaque être humain, le ressenti et la perception appartiennent à chacun. Face à un patient douloureux, le soignant doit prendre en soin celui-ci avec toute sa subjectivité.

J'ai pu remarquer qu'il n'y avait pas seulement la pathologie psychiatrique qui pouvait influencer la prise en compte de la douleur, il y a également l'approche subjective de la douleur par les soignants. La douleur est vécue et perçue différemment en fonction du vécu de la personne, de son environnement, de ses critères émotionnels, psychologiques et physiologiques. Le soignant est lui aussi un être à part entière, il exprime donc une subjectivité quant à la perception de la douleur. Je me suis donc questionnée. Comment le soignant accueille-t-il la douleur de l'autre? La subjectivité du

soignant a-t-elle sa place? Qu'en est-il de l'objectivité? Faut-il objectiver un patient dans sa prise en soin? Ces divers questionnements m'ont conduit à envisager la question d'ouverture suivante : ***Face à la plainte douloureuse somatique en santé mentale, dans quelle mesure l'approche subjective du soignant influe-t-elle la prise en soin de la douleur somatique?***

VII - Conclusion

D'une situation d'appel vécue en stage en psychiatrie est née une initiation à la recherche. De nombreuses réponses ont été apportées à la plupart de mes questions qui restaient initialement en suspens. Les différentes recherches réalisées auprès d'auteurs qui n'ont pas été simples pour moi, m'ont permis de me remettre en question, d'être poussée dans mes retranchements. C'est troublant d'être « bousculée » de la sorte. Mais on finit par y arriver et par trouver un sens à toute cette recherche quand on y vient à terme.

Le fait de rencontrer des professionnelles, d'échanger avec elles sur mon sujet, cela m'a permis d'y voir plus clair, de donner plus d'énergie à mes idées. Il est agréable de pouvoir observer la réalité du terrain et d'obtenir diverses opinions. C'est tout à fait enrichissant.

Grâce aux auteurs et aux infirmières, j'ai pu alimenter mes connaissances en termes de douleur, d'abord d'un point de vue général puis en psychiatrie. Même si les informations recensées ne sont l'extrait que de quelques personnes, elles m'ont permis de comprendre une place réservée à la douleur somatique encore bien fragile en santé mentale. De nombreuses études sont pour autant réalisées, davantage qu'il y a quelques années. Des progrès émergent. Mais il est vrai que le concept de douleur est large, complexe et subjectif. Il faut donc prendre avec beaucoup de recul tous les recueils et s'éloigner de ses propres a priori un instant.

Aussi, j'ai pu constater l'existence importante de douleurs physiques qui sont parfois obscurcies par la symptomatologie psychiatrique.

De nombreux facteurs font obstacle à l'évaluation de cette douleur. Il existe, semble-t-il, un lien si fort entre la douleur somatique et la douleur psychique, qu'il est parfois difficile d'y déceler celle se manifestant. Pour ne pas faciliter la tâche, la pathologie psychiatrie relève des particularités quant à la perception et l'expression de cette douleur. Elle dissimule parfois toute survenue et rend la prise en soin de la douleur somatique comme délicate et complexe. Grâce à tous ces retours, j'ai pu en partie répondre à ma question de départ : ***En psychiatrie, dans quelle mesure les troubles psychiatriques d'un patient influencent-ils la prise en compte de sa douleur somatique?***

Même s'il a été pour moi difficile d'élaborer ce travail pour diverses raisons, c'est un soulagement d'avoir porté ce projet jusqu'au bout.

Cela demande du temps, de l'engagement, de la responsabilité. Il nous confronte à l'inconnu. On ne connaît pas la destination et ça m'a paru déroutant au départ. Mais ce sujet me tenait particulièrement à cœur. Je voulais en savoir plus, j'étais remplie de curiosité et inquiète de devoir me projeter en tant que future professionnelle sans avoir quelques réponses. J'ai donc persévéré.

Durant ces quelques mois, il a mûri à mes côtés et j'ai moi aussi, mûri à ses côtés. Il m'a permis d'accueillir la richesse d'auteurs, de professionnels. Mais il m'a surtout confirmé les valeurs soignantes que je souhaite transmettre de la plus belle des façons si j'obtiens le Diplôme d'Etat Infirmier.

Bibliographie

Ouvrages :

- Baldo, É. (2020). Chapitre 16. Douleurs en psychiatrie. In A. Bioy, B. Lignier (Dir.), *Clinique et psychopathologie de la douleur* (pp. 181-188). Dunod.
- Quignard, É. (2016). Douleur et souffrance : le sens d'un questionnement. In E. Hirsch (Dir.), *Fins de vie, éthique et société* (pp. 404-414). Erès.
- Thibault, P., Fournival, N. (2012). *Moyens non pharmacologiques de prise en charge de la douleur*. Lamarre.
- Vigil-Ripoche, M. (2012). Prendre soin, care et caring. In M. Formarier., L. Jovic (Dir.) *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 244-249). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Revues :

- Carbou, N., Legendre, B., Gueudry, V., Le Villain, P., Niel, MC. (2006). Stratégie soignante. *Un référentiel des soins infirmiers en santé mentale*, 51 (704), 48-53.
- Cudennec, T., Villella, A. (2007). Les différentes douleurs et leurs mécanismes. *Soins gériatrie*, 12 (63), 20-22.
- Gilloots, E. (2006). Souffrance et douleur. *Gestalt*, 30, 23-32.
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, 8, 21-29.
- Pierrot, M. (2000). Définition de la douleur. *L'aide-soignante*, 21/22, 13-16.
- Saravane, D. (2009). Les algies en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 85, 341-345.
- Saravane, D., Peultier, F. (2010). Les difficultés de l'évaluation en santé mentale. *Soins psychiatrie*, 31 (268), 20-22.

- Saravane, D., Chopineau, S. (2005). Douleur en santé mentale : difficultés diagnostiques et thérapeutiques. *Douleur en santé mentale*, 99, 42-47.
- Serra, E. (2005). La douleur est-elle un problème de santé mentale? *Douleur en santé mentale*, 99, 30-34.
- Serra, E., De Bonville, P., Allibe, E. (2005). Douleur : évaluations et traitements. *Douleur en santé mentale*, 99, 36-40.
- Vial-Cholley, E. (2010). Les troubles psychiatriques et les pathologies somatiques. *Soins psychiatrie*, 31 (268), 16-19.

Textes législatifs :

- *Loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge du 5 juillet 2011.* (n° 2011-803 du 5 juillet).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>

Ressources internet :

- Association des médecins psychiatres du Québec. (s. d). *Qu'est-ce que la psychiatrie?*.
<https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-que-la-psychiatrie/>
- Centre Hospitalier Guillaume Régnier. (2019). *Guide d'information pour l'entourage*
[Brochure].
http://www.ch-guillaumeregnyer.fr/sectorisation/interface/guide_d_information_pour_l_entourage.pdf
- DREES. (2020). *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2015%20-%20L%E2>

[%80%99offre%20de%20soins%20de%20psychiatrie%20dans%20les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20.pdf](#)

- Fédération Française de Psychiatrie-Conseil National Professionnel de Psychiatrie. (2015). *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.*
<https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11720.pdf>
- Fondation pour la Recherche Médicale. (s.d). *Tout savoir sur la douleur.*
<https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/douleur/focus-douleur#definition>
- Héry, F. (2007). *Réflexion sur la prise en charge de la douleur en santé mentale.*
<https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2020/06/institut-upsa-douleur-periodique-sante-mentale-01.pdf>
- Kraepelin.E. (s.d). *Psychiatrie - Définition et Explications.*
<https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Psychiatrie.html>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2022). *La douleur.*
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur#:~:text=Selon%20la%20d%C3%A9finition%20officielle%20de,ou%20d%C3%A9crite%20dans%20ces%20termes%22.>
- Psychiatrie. (s.d). *Histoire de l'Inserm.*
<https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/psychiatrie>
- Réseau interclud occitanie. (2020). *L'IASP propose une nouvelle définition de la douleur.*
<https://www.interclud-occitanie.fr/actualites-et-reglementation/actualites-douleur/eid/2414/liasp-propose-une-nouvelle-definition-de-la-douleur>
- Santé sur le net. (2018). *Douleur en santé mentale.*
<https://www.sante-sur-le-net.com/sante-quotidien/douleur/douleur-en-sante-mentale/>
- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. (2014). *Les échelles de la douleur.*
<https://sfap.org/rubrique/les-echelles-de-la-douleur>

Dictionnaire :

→ Larousse. (s.d). *Somatique*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/somatique/73378>

Supports de cours :

→ Levesque, A. (s.d). *Physiopathologie pratique de la douleur, Classification des douleurs*

[Présentation PDF].

https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/physiologie-douleur-et-classification_1542818491721-pdf

Figures :

→ International Association for the Study of Pain. (2001). *Faces Pain Scale - Revised* [Image].

<https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/>

→ Psychomédia. (2015). *Douleur : comparaison des échelles d'évaluation de l'expérience subjective* [Image].

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2015-11-01/echelles-d-evaluation-de-la-douleur>

→ Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2022). *Outils d'auto-évaluation* [Image].

<https://www.sfetd-douleur.org/outils-auto-evaluation/>

→ Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. (2022). *Outils d'hétéro-évaluation* [Image].

<https://www.sfetd-douleur.org/outils-dhetero-evaluation>

Sommaire des annexes

- Annexe I : Les échelles d'évaluation de la douleur
- Annexe II : Guide d'entretien
- Annexe III : Retranscription des entretiens
- Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Annexe I : Les échelles d'évaluation de la douleur

Echelles d'auto-évaluation de la douleur chez l'adulte :

- **Echelle Visuelle Analogique (EVA)** : échelle unidimensionnelle allant de 0 à 10 (ou de 0 à 100) pour mesurer l'intensité de la douleur à l'aide d'une règle en plastique de 10 cm graduée en mm orientée de gauche à droite. Utilisable pour tout type de douleur chez l'adulte.

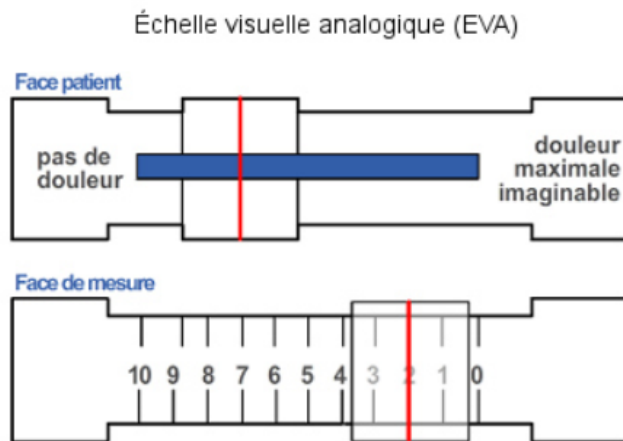


Figure 1 : tirée de Psychomédia, 2015

- **Échelle Numérique (EN)** : échelle unidimensionnelle pour mesurer l'intensité de la douleur en attribuant une note entre 0 et 10. 0 correspondant à "Aucune douleur" et 10 à "Douleur maximale imaginable".
- **Echelle Verbale Simple (EVS)** : échelle qui permet d'apprécier la douleur ressentie du patient par palier comme indiqué ci-dessous :
Douleur absente = 0 ; Douleur faible = 1 ; Douleur modérée = 2 ; Douleur intense = 3 ;
Douleur extrêmement intense = 4

Echelles d'auto-évaluation de la douleur chez l'enfant :

Pour l'enfant, 3 échelles utilisées chez l'adultes peuvent également l'être chez le sujet jeune :

- **EVA** : à partir de 4-6 ans
- **EN** : à partir de 4-6 ans
- **EVS** : à partir de 4 ans

Ensuite il y a :

- **Échelle des visages** : à partir de 4 ans, échelle qui montre des visages allant de gauche à droite qui ont de plus en plus mal.

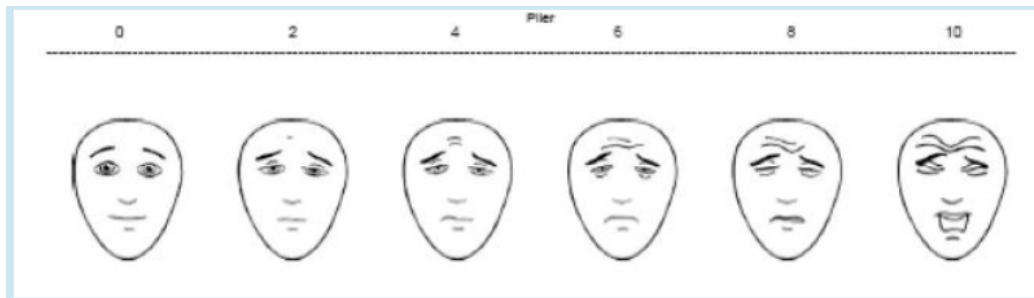


Figure 2 : tirée de l'IASP, 2001

- Échelle des jetons : à partir de 4 ans, simple et concret. Chaque jeton est un morceau de douleur, on propose à l'enfant de prendre autant de jetons qu'il a mal.
- Schéma du bonhomme : à partir de 4-6 ans, expliquer à l'enfant de représenter sur le bonhomme toutes les zones qui lui sont douloureuses.

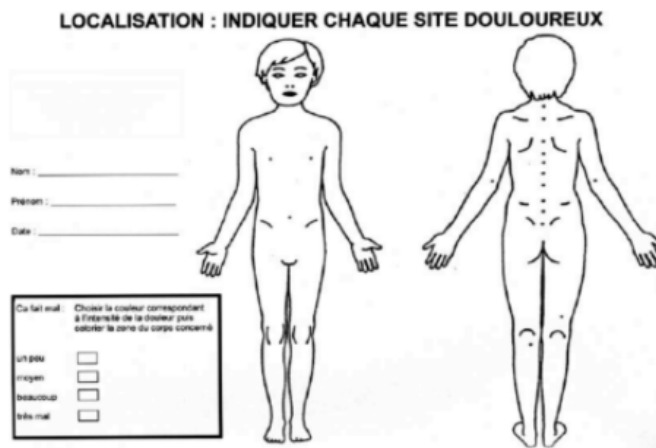


Figure 3 : tirée de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, s.d

Echelles d'hétéro-évaluation de la douleur chez l'adulte :

- ALGOPLUS : échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée qui présente des troubles de la communication verbale :

Echelle ALGOPLUS		Evaluation de la douleur		Identification du patient								
		Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale										
Date de l'évaluation de la douleur												
Heure												
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage												
Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard												
Regard inquiet, fixe, binaire ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Hanches												
« Aie », « Ouf », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps												
Tatou ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements												
Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI		/5		/5		/5		/5		/5		/5
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> Autre
	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe	Paragraphe

Figure 4 : tirée de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, s.d

- Doloplus : évaluation comportementale de la douleur chronique chez la personne âgée présentant des difficultés d'expressions, des troubles de la mémoire ou cognitifs .

ECHELLE DOLOPLUS						
EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE						
NOM :	Person :		DATES			
Service :						
Observation comportementale						
RETENISSEMENT SOMATIQUE						
1* Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3	3
2* Postures antalgiques ou repos	pas de position antalgique	0	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3	3
3* Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas le passage de l'examen ou des soins	1	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3	3
4* Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2	2
	mimique expressive en permanence et de manière inhabituelle (sursaut, larme, regard vide)	3	3	3	3	3
5* Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0	0
	difficulté d'endormissement	1	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation nocturne)	2	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3	3
RETENISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
6* Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautonneux mais complètes)	1	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3	3
7* Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, déplace un pédalement de marche)	1	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même assis, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3	3
RETENISSEMENT PSYCHOSOCIAL						
8* Communication	inchangée	0	0	0	0	0
	interdite (le patient refuse l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1	1
	diminuée (le patient s'isole)	2	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3	3
9* Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (travaux, animations, ateliers thérapeutiques, ...)	0	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3	3
10* Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et bref	1	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3	3
SCORE						

Figure 5 : tirée de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, s.d

- Echelle Comportementale de la Personne Âgée non communicante (ECPA) : évaluation de la douleur lors de soins chez la personne âgée non communicante.

SCORE TOTAL DE L'ECHELLE :	E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante	Identifiant patient
I. Observation avant les soins		
1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0: Visage détendu 1: Visage anxieux 2: Le sujet grimace de temps en temps 3: Regard effrayé (larmes crispé) 4: Expressions corporellement figés		
2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0: Aucune position antalgique 1: Le sujet évite une position 2: Le sujet choisit une position antalgique 3: Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4: Le sujet reste tendu/raide comme objet par la douleur		
3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors attente dans le lit) 0: Le sujet bouge ou se baigne pas comme d'habitude* 1: Le sujet bouge contre d'habitude* mais évite certains mouvements 2: Larmes, cris, des mouvements contrairement à son habitude* 3: Immobilité contrairement à son habitude* 4: Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle		
4. RELATION A AUTRES 0: Le sujet se relate calmement/ten s'agit le type regard, geste, expression... 1: Même type de contact que d'habitude* 2: Contact plus difficile à établir que d'habitude* 3: Evite le contact contrairement à l'habitude* 4: Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) point(s) précédent(s) ** se préciser		
II. Observation pendant les soins		
5. Anticipation ANXIEUSE aux soins 0: Le sujet se montre pas d'anxiété 1: Anxiété du regard, impression de peur 2: Sursaut 3: Sursaut agressif 4: Cries, sursauts, gémissements		
6. Réactions pendant la MOBILISATION 0: Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1: Le sujet a un regard attentif et semble contrôler la mobilisation et les soins 2: Le sujet retire de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3: Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4: Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins		
7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0: Aucune réaction pendant les soins 1: Réaction pendant les soins, sans plus 2: Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3: Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4: L'approche des zones est insupportable		
8. PLAINTES exprimées PENDANT les soins 0: Le sujet ne se plaint pas 1: Le sujet se plaint ou le soignant s'adresse à lui 2: Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3: Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4: Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée		
Date : Heure :		
Nom du soignant :		

Figure 6 : tirée de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur, s.d

Echelles d'hétéro-évaluation de la douleur chez l'enfant :

Chez l'enfant, il existe une multitude d'échelles d'hétéro-évaluation pluridimensionnelles, appréciant quantitativement et qualitativement différents aspects de la douleur.

- Douleur aiguë : DAN, FLACC, Evendol, CHEOPS, PIPP, Comfort Behavior, Neonatal Facial Coding System
- Douleur prolongée, chronique : EDIN, OPS, DEGR, HEDEN, QDSA, Amiel-Tison inversée

Outils spécifiques :

- DN4 : échelle utilisée pour les douleurs neuropathiques
- **Questionnaire Douleur Saint-Antoine (QDSA)** : questionnaire qualificatif qui possède une valeur d'orientation diagnostique vers les mécanismes nociceptifs ou neuropathiques

Annexe II : Guide d'entretien

Introduction :

Bonjour,

Je m'appelle Elyna Meignen et je suis étudiante infirmière en troisième année au sein de l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de la réalisation de mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, il m'est demandé de réaliser un entretien afin d'apporter du contenu provenant directement de professionnels de santé et ainsi enrichir ma recherche.

Mon sujet concerne la douleur en psychiatrie.

Je tiens à vous informer que l'entretien préserve l'anonymat.

Etes-vous favorable pour répondre aux questions que j'ai pu préparer?

Afin de retranscrire plus aisément vos propos, êtes vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré?

Thèmes / axes	Objectifs	Questions
Présentation du professionnel et de son parcours	<p>→ Connaître le parcours de soins, les expériences et l'ancienneté du professionnel dans les soins</p> <p>→ Connaître l'expérience du professionnel en termes de douleur dans les soins</p>	<p>-Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît? (date d'obtention du diplôme, parcours professionnel, motivations, service actuel)</p> <p>-Avez-vous eu une formation spécifique sur la douleur? Si oui, pouvez vous m'en parler?</p>
La douleur en psychiatrie	<p>→ Connaître la perception du soignant quant à la notion de "douleur en psychiatrie"</p> <p>→ Identifier la place de la douleur somatique en psychiatrie selon le professionnel interrogé</p> <p>→ Identifier le type de situations génératrices de douleur somatique</p>	<p>-Lorsque je vous dis "douleur en psychiatrie" qu'est-ce que cela évoque pour vous?</p> <p>-Que pensez-vous de la prise en soin de la douleur en psychiatrie? Est-elle prise en compte de la même manière qu'en service de soins généraux? Si non, pour quelles raisons? (Différences?)</p> <p>-Quelles sont les manifestations douloureuses que vous observez régulièrement?</p> <p>-Quelles sont les pathologies psychiatriques où il existe un</p>

		<p>risque de passer à côté d'une douleur somatique selon vous? (Quel est le profil des patients pour lesquels il est compliqué de poser le diagnostic de douleur = phrase de relance si difficultés)</p>
<p>Le prendre soin infirmier du patient douloureux en psychiatrie</p>	<p>→ Identifier la démarche soignante utilisée pour évaluer la douleur somatique en santé mentale</p> <p>→ Identifier les actions mises en place pour soulager le patient de sa douleur</p>	<p>-Comment évaluez-vous la douleur somatique en psychiatrie ? (Quels sont les outils que l'on peut utiliser en psychiatrie? Des difficultés? Démarche soignante mise en place? Avez-vous développé des stratégies personnelles pour mieux la repérer?)</p> <p>-Quelles actions mettez-vous en place pour soulager le patient de sa douleur? (Médicaments? Autres méthodes non médicamenteuses?)</p> <p>-Avez-vous déjà vécu une situation dans laquelle vous vous êtes retrouvée en difficultés dans l'évaluation de la douleur somatique en raison des troubles psychiatriques du patient? Si oui, pouvez-vous me faire part de la situation?</p> <p>-Pour terminer, si je vous dis "douleur somatique et souffrance psychique", qu'évoque cela pour vous? (Voyez-vous une différence entre les deux termes? Cela influe-t-il la prise en soin? Quelle est votre démarche soignante? En quoi est-ce important pour vous de faire cette différence?)</p>

Conclusion :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour les réponses que vous avez pu apporter pour ma recherche.

L'anonymat sera bien entendu conservé.

Annexe III : Retranscription des entretiens

Afin de préserver l'anonymat des professionnels, l'identité sera changée et les lieux d'exercice resteront succincts.

Retranscription de l'entretien avec l'IDE n°1

ESI : Ma première question concerne votre parcours professionnel, vos différentes expériences en tant qu'infirmière?

IDE : Alors moi je m'appelle Aurélie, je suis infirmière depuis 2009 mais j'ai aussi été aide-soignante avant depuis 2002. J'ai beaucoup axé mes études et mon parcours sur la personne âgée au début et donc voilà. J'ai fait de l'EHPAD quand j'étais aide-soignante et après j'ai été sur le pool et les unités d'admissions pour personnes âgées. Ensuite j'ai passé deux DU, un DU plaie et le dernier là c'était le DU douleur parce que je faisais partie notamment du CLUD, donc j'ai été vice-présidente un petit moment et là maintenant je suis dans une unité, un pavillon d'admission pour personnes adultes atteintes de troubles psychiatriques.

ESI : D'accord. Et ça fait combien de temps maintenant que vous êtes en psychiatrie?

IDE : Alors, en psychiatrie j'y suis depuis 2002 en fait depuis que je suis aide-soignante. L'EHPAD où j'étais était un EHPAD psychiatrique. J'ai eu un an où je suis partie en libéral faire un petit peu mon petit tour et je suis revenue. J'ai quand même l'équipe mobile plaie et cicatrisation sur l'hôpital ce qui fait que je suis une référence au niveau somatique.

ESI : D'accord très bien. Ma seconde question va plutôt s'orienter maintenant vers mon sujet de recherche : si je te dis "douleur en psychiatrie", qu'est-ce que cela évoque pour vous?

IDE : Alors douleur en psychiatrie, il y a deux types de douleurs. Il y a la souffrance psychique que nous on travaille en psychiatrie, c'est notre bébé, c'est ce qu'on va travailler en premier. Mais il ne faut pas oublier qu'un être-humain reste un être-humain et qu'il n'y a pas que le psychisme. C'est pas parce que tu vas à l'hôpital psychiatrique que tu n'as pas possibilité d'avoir des douleurs physiques. Et ouais donc il y a la douleur physique justement qui est à prendre aussi en compte. Il y a vraiment ces deux types de douleurs à prioriser. Après dans la douleur physique il y a plusieurs types de douleurs, douleurs par excès de nociception, neuropathiques, psychogènes...

ESI : Et justement, je voulais vous demander, que pensez-vous de la prise en soin de la douleur en psychiatrie?

IDE : Hm Hm... alors c'est pas simple parce que euh.. et pourtant j'ai fait partie du CLUD et j'ai été très active dedans pendant 5 ans voire même plus.

En psychiatrie c'est loin d'être simple : la douleur physique et psychiatrique sont souvent très intriquées, ce qui fait que c'est assez difficile à évaluer, c'est parfois pas trop la priorité pour les soignants alors que ça a un enjeu on le sait. Alors bien sûr que la douleur en psychiatrie, la douleur

physique ça m'intéressait d'autant plus surtout quand j'intervenais lors de pansements tout ça, c'était à prendre en compte. Il est vrai, quelqu'un qui a des troubles psychiatriques, des troubles du comportement ça peut en effet être dû à une pathologie psy mais ça peut aussi être majoré par des douleurs physiques et quand on a des personnes qui ont un peu de mal à parler de leur corps notamment dans les psychoses, pour ceux qui ont des problèmes pour s'exprimer c'est d'autant plus compliqué de savoir exactement si y'a une douleur potentielle et où elle se situe. A partir du moment où on a un changement de comportement c'est ça qui nous fait tilt mais il faut l'avoir en tête constamment et ce n'est pas toujours évident. Parfois on a quelqu'un qui nous dit j'ai mal aux dents, quand il commence à nous dire qu'ils ont mal c'est qu'il est grand temps de faire quelque chose.

Pour les pathologies névrotiques, on ne va pas savoir, c'est lorsqu'on donnera un médicament et qu'on se rendra compte que l'évaluation de la douleur a diminué qu'on pourra se rendre compte qu'il y avait une réelle douleur physique présente.

La problématique dans notre métier c'est que, on est constamment en rupture de tâche, on a toujours une personne qui vient nous voir. Donc quand on a une personne qui nous dit qu'elle a mal, on suit le protocole, on prend les constantes, donc évaluer la douleur prend du temps et souvent on ne peut pas, on est morcelé dans notre propre métier. Une fois le traitement donné, si présence de douleurs, on doit retourner pour réévaluer la douleur, donc tout ça prend du temps. Ça demande une attention particulière.

ESI : Pour vous, la douleur en psychiatrie est-elle prise en compte de la même manière qu'en service de soins généraux?

IDE : (rires) Vous faites bien de me recentrer un petit peu! Je parle beaucoup! Alors, oui, oui elle est différente parce qu'on n'a pas les mêmes patients même si la douleur on la retrouve partout. On a des patients qui n'ont pas le même rapport à la douleur, qui ne peuvent pas en parler de la même façon, la montrer de la même façon et on a des soignants qui ne sont pas centrés sur le physique en priorité. C'est la douleur psychique qui est en priorité et ce ne sont pas les démonstrations de pathologies physiques qui sont priorisées par les soignants.

ESI : D'accord, donc c'est ça qui ressort le plus.

IDE : Oui tout à fait.

ESI : Quelles sont les manifestations douloureuses que vous, vous observez régulièrement?

IDE : Alors, les douleurs dentaires, d'une part car il y a des problèmes d'hygiène notamment pour les personnes souffrant de délires, celles qui souffrent de dépression, les personnes qui ne mangent plus correctement. Les traitements assez forts permettant de calmer les troubles du comportement peuvent aussi diminuer cette sensation.

Il y a les douleurs abdominales aussi qui reviennent très fréquemment, alors d'une part en raison des traitements qui favorisent la constipation, on a quand même avec nos traitements de gros risques d'occlusions et c'est pas anodin d'avoir des personnes qui atterrissent aux urgences car nous n'avons pas été en capacité de savoir si la personne avait un transit régulier ou pas car elle n'était pas capable de nous le dire et parce qu'on surveillait mal.

On peut dire que c'est principalement ces deux douleurs qui ressortent. Ah oui! les céphalées aussi qui ressortent régulièrement.

ESI : Ah oui? Des céphalées liées aux traitements?

IDE : Alors oui ça peut, mais en lien aussi avec les troubles du sommeil, en lien avec la pathologie psychiatrique, le fait de toujours ruminer, ressasser, être en état de stress, soucis visuels...

ESI : Alors, ça va peut-être se rejoindre un petit peu dans les réponses mais, quelles sont les pathologies psychiatriques pour lesquelles il existe un risque de passer à côté d'une douleur somatique?

IDE : Je pourrai te dire presque toutes! (rires) Les pathologies type névrose, dépression, les troubles anxieux généralisés... Ils sont capables de ressentir leur corps sauf que parfois certaines personnes vont être dans la plainte constante toute la journée ce qui fait qu'au bout d'un moment on n'entend plus cette plainte. Sauf qu'à un moment donné, cette personne va avoir très mal et on va passer à côté...

Mais les plus à risque ce sont surtout les troubles psychotiques (schizophréniques..) car quand ils sont en phase aiguë, pour faire la part des choses c'est très difficile. Et les personnes démentes..

D'où l'importance de maintenir voire de renforcer une évaluation de la douleur dès l'entrée, on devrait avoir toutes les constantes, les évaluations de base à l'entrée.

ESI : Cette évaluation n'est pas systématiquement faite?

IDE : Le poids, la taille si, tension, pouls, température aussi. La douleur va être évaluée en étant demandée par l'interne mais pas forcément notée quelque part. Parce que si on ne sait pas à l'arrivée si le patient était d'emblée douloureux, on ne va pas pouvoir réagir de la même façon.

ESI : Alors justement ça va être lié à ma question suivante, comment évaluez-vous la douleur somatique en psychiatrie?

IDE : Avec le CLUD on a mis en place un petit kit qui reprend les échelles d'évaluation de la douleur avec l'échelle numérique, l'échelle visuelle analogique et on a rajouté tout ce qui est algoplus, doloplus, DN4. Celle qui est le plus utilisée en psychiatrie c'est l'échelle numérique. Le kit est "normalement" appliqué sur chaque chariot de soins et dans la pharmacie de chaque unité.

ESI : D'accord. Et vous, avez-vous des stratégies personnelles pour mieux repérer cette douleur somatique?

IDE : La démarche que j'aie, avant même que la douleur soit verbalisée, c'est que dans certaines situations on sait que l'on va avoir de la douleur, réfection de pansements, surveillance des selles, surveillance des dents.. donc j'anticipe cette douleur en reprenant les douleurs que l'on retrouve le plus en psychiatrie. Quand il y a un changement de comportement, ça doit nous faire tilt directement. D'ailleurs, j'ai un patient qui un jour, changeait totalement de comportement, les symptômes de la maladie semblaient accentués, il était confus. De par mon expérience, je savais que la rétention

urinaire pouvait occasionner des douleurs insupportables. Ce monsieur était schizophrène, pas capable d'exprimer sa douleur. Il devenait totalement sténique et au final il avait 1,4 L en rétention urinaire. Une fois le sondage urinaire fait, ça allait beaucoup mieux. Donc c'est l'expérience, les cours théoriques et puis le fait d'être plusieurs, une équipe, le fait d'échanger permet de donner des idées.

ESI : Je vois. Et quelles sont les actions que vous mettez en place pour soulager le patient de sa douleur?

IDE : Alors il y a des solutions médicamenteuses et non médicamenteuses. Il existe un petit protocole en psychiatrie. On commence par mettre en place du paracétamol ou de l'ibuprofène sachant que c'est le paracétamol le plus utilisé parce que l'ibuprofène on l'utilise pas pour les plus de 60 ans. Au delà de ça il y a plusieurs paliers mais ça on verra avec....

ESI : Oui avec les médecins?

IDE : Oui exactement! Et puis on verra si ça suffit où s'il faut rajouter quelque chose à côté. Mais on a aussi un bon panel en psychiatrie de non médicamenteux. Il y a le cold pack mais il peut y avoir aussi l'écoute et on le sait, quand on a mal quelque part et qu'il y a quelqu'un en face qui nous dit "oh c'est bon" bah du coup ça n'arrange pas la douleur! (rires). Quand tu as quelqu'un qui reçoit ta douleur, tu te sens déjà moins dans le stress. Il y a aussi les techniques de relaxation. Sur l'hôpital on a quelques ressources mais qui ne sont pas utilisées à bon escient. Certains font de l'hypnose, sont formés mais qui ne sont pas encore référencés mais ça va venir! La sophrologie aussi! qui vient surtout pour la relaxation psychique. Et puis il y a le kiné aussi, l'ergothérapeute qui permettent d'apaiser certains maux. Souvent, la douleur physique exprimée veut dire quelque chose au niveau du psychisme euh... on va avoir des patients qui viennent nous voir constamment car ils sont tracassés, frustrés par quelque chose, l'expression de leur mal-être va se faire de façon physique : j'ai mal au dos, à la tête, c'est une façon de canaliser notre attention. Mais sans pour autant remettre en question leur douleur. Moi je pars du principe où quand ils ont mal, on part du principe qu'ils ont mal. Parfois c'est difficile de démêler ces deux douleurs. Le corps est imbriqué donc ces deux douleurs sont très liées mais c'est sûr que ce lien rend difficile d'évaluer.

ESI : Et vous, avez-vous déjà vécu une situation dans laquelle vous vous êtes retrouvée en difficultés dans l'évaluation de la douleur somatique en raison des troubles psychiatriques du patient?

IDE : Oui, oui forcément... Je suis sûre que j'en ai, je cherche...

J'en ai une mais je ne sais pas si c'est un bon exemple. Une patiente qui est passée par les urgences, qui était diagnostiquée bipolaire. Elle se plaignait d'affreux maux de tête, hurlait. Elle est arrivée chez nous comme ça. Elle ne pouvait pas bouger le cou tout ça + tous les troubles en lien avec sa pathologie. Le médecin ne comprenait pas trop parce que normalement elle a passé une IRM aux urgences. Des jours comme ça à hurler, ça ne passait pas. On se disait c'est peut-être la pathologie. Au final le médecin regarde le compte rendu, elle n'avait pas eu d'IRM. Elle est retournée en passer une et au final c'était un début de cancer et elle en est décédée 3 semaines après. Quand on pense que tous les examens ont été fait on se dit c'est le côté psycho? Mais ce jour j'ai été en difficulté car je suis restée bloquée sur le fait que c'était psycho car pour moi c'était logique que les examens soient faits.

C'est suite à cette situation que j'ai décidé de passer le DU douleur car je me suis rendue compte à quel point c'était difficile d'évaluer la douleur en psychiatrie.

ESI : La situation est très intéressante. Il est vrai que cette fois-ci, en plus de la difficulté d'évaluer, il y a eu l'oubli de l'examen qui vous a mis en difficulté.

IDE : C'est ça, pas toujours évident...

ESI : Alors, vous l'avez plus ou moins abordé mais, pour terminer, si je vous dis "douleur somatique" et "souffrance psychique" qu'est ce que cela vous évoque? Voyez-vous une différence entre les deux termes? Est-ce lié?

IDE : Pour moi, c'est imbriqué. Mais pas toujours car parfois quand ils ont mal aux dents, il n'y a pas de souffrance psychique derrière. Sauf si cela s'étend sur plusieurs jours et là ça nous rend irritable donc ça implique la souffrance psychique. On peut avoir des douleurs psychologiques qui peuvent avoir des conséquences physiques : tensions musculaires...

Il y a certaines pathologies comme les troubles borderlines où les personnes vont avoir besoin de se faire mal pour exister. Ça va leur permettre de se sentir "vivant".

Mais oui c'est imbriqué. Quand l'un ne va pas bien, l'autre suit. Au CLUD on avait réfléchi longtemps à cette question mais on part toujours du principe que la douleur physique est réelle. On peut donner un traitement. Ça va permettre de savoir car s'il fonctionne c'est qu'il existe une douleur. Bon c'est sûr on ne va pas donner de la morphine à quelqu'un qui a un grand sourire. Ce n'est vraiment pas simple. Mais c'est grâce à l'expérience que l'on arrive à reconnaître les situations. Il est certain que c'est important de penser "prise en charge globale" mais il est bien de distinguer ces deux types de douleurs car le traitement ne va pas être le même.

ESI : D'accord. Merci beaucoup, c'était très complet.
Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose?

IDE : Je trouve ça intéressant que des personnes s'intéressent au somatique en psychiatrie car ça reste une grande problématique, même s'il y a des progrès aujourd'hui.

ESI : En effet. C'est un sujet qui mérite réflexion.

Je vous remercie pour toutes vos réponses et cet entretien qui a été riche en informations. Merci également pour le temps que vous m'avez accordé.

IDE : Je vous en prie! C'était avec grand plaisir!

ESI : Je vous rappelle pour terminer que l'anonymat sera bien conservé!

IDE : Très bien, merci à vous! Bonne journée et bon courage pour le mémoire!

ESI : Merci! Bonne journée à vous également.

Retranscription de l'entretien avec l'IDE n°2

ESI : Je vais commencer par vous demander si vous pouvez vous présenter, présenter votre parcours professionnel ?

IDE : Moi c'est Angélique, je suis infirmière depuis 2001. J'ai fait mon école d'infirmière dans le nord dans une école semi-privée, semi-publique. A la base c'était une association qui aidait le maintien à domicile des personnes. L'école était payante mais c'était une petite promotion donc plutôt conviviale.

Fin 2001 j'étais diplômée et j'ai bossé 3 mois en dépannage dans une commune bretonne et puis ensuite je suis rentrée en mars 2002 au sein d'un centre hospitalier psychiatrique.

ESI : D'accord, donc actuellement, si j'ai bien compris vous êtes toujours au sein de ce centre hospitalier psychiatrique?

IDE : J'y suis toujours oui. J'y suis depuis 2002. J'ai fait 11 ans dans une maison d'accueil spécialisée qui est rattachée à cet hôpital et donc 9 ans au sein d'une unité psychiatrique.

ESI : D'accord très bien, avez-vous eu une formation spécifique sur la douleur?

IDE : Non, je n'ai pas de formation spécifique. Je suis censée faire le DU douleur l'année prochaine. Je ne l'ai pas encore fait car je m'étais inscrite mais c'est tombé pendant le confinement donc je n'ai pas pu le faire.

ESI : Ah oui d'accord.

IDE : Parcontre je suis vice-présidente du CLUD de l'hôpital où je travaille actuellement depuis 4 ans et j'y suis au total depuis 8 ans.

ESI : Donc 8 ans au total au CLUD, 4 ans en tant que membre et 4 ans en tant que vice-présidente c'est bien ça?

IDE : Oui tout à fait. Là, j'ai repris la vice-présidence avec une kinésithérapeute. Donc on est deux co-vice-présidentes.

ESI : Ok je vois.

Alors, donc là on va plutôt aborder le sujet de ma recherche. Si je vous dis "douleur en psychiatrie" qu'est-ce que cela évoque pour vous? Si vous avez des difficultés pour y répondre, n'hésitez pas à me le dire je pourrai vous aiguiller.

IDE : Alors, on ne peut pas dissocier douleur somatique et douleur psychique. En fait, autant dans des services de soins généraux on va plutôt viser la prise en charge de la douleur somatique car c'est de la médecine générale. Autant nous, on est obligés de composer avec la composante psychique parce qu'en général une douleur physique est toujours accompagnée d'une douleur psychique. Le problème

c'est que les douleurs somatiques vont augmenter les douleurs psychiques et inversement. Tout est imbriqué. On est obligé de prendre en compte l'état psychique de notre patient quand on prend en compte sa douleur. La douleur somatique est donc difficile à évaluer.

ESI : Je vois. Que pensez-vous de la prise en soin de la douleur en psychiatrie?

IDE : Hm... Elle se démocratise, c'est-à-dire que depuis 10 ans euh... elle devient une prise en charge à part entière. Je dirais qu'il y a 10 ans on en parlait pas beaucoup.

ESI : Ok.

IDE : Maintenant je pense que, de par les formations en IFSI et je pense aussi le fait que l'on en parle de plus en plus, ça devient un critère obligatoire par l'HAS et l'ARS aussi euh... la prise en charge de la douleur maintenant en psychiatrie elle est présente et les soignants maintenant, sont conscients qu'elle existe et qu'elle est importante à prendre en charge aussi bien au niveau somatique que psychique. Avant on s'occupait que du psychique, maintenant ça se démocratise et on va dire que si on est parti de 0, on peut dire qu'on a augmenté de 60% sur l'hôpital.

ESI : D'accord donc il y a eu des progrès par rapport à avant?

IDE : Ah oui oui, oui. Aussi bien en considération de la douleur que des traitements.

ESI : Ok très bien. Pour vous, est-elle prise en compte de la même manière qu'en service de soins généraux?

IDE : Alors, je dirais que oui. Après l'évaluation reste très subjective. Ça va dépendre de nos patients car ils sont déjà perturbés psychologiquement donc ça va dépendre de leurs capacités à pouvoir répondre à l'évaluation, à décrire cette douleur mais ça va dépendre aussi de leur état psychique et de ce que le soignant va objectiver. Si le soignant connaît bien le patient, il va pouvoir rapidement dire en fait qu'il est douloureux mais s'il le connaît pas et qu'il ne connaît pas son comportement habituel c'est pas forcément très objectif.

ESI : Quels sont pour vous les manifestations douloureuses que vous observez régulièrement en psychiatrie?

IDE : En douleurs somatiques c'est beaucoup des douleurs articulaires, des douleurs abdominales à cause des traitements, tout ce qui est dorsalgie, lombalgie euh... sinon c'est beaucoup des migraines car beaucoup ruminent, réfléchissent sans cesse.

ESI : Quelles sont pour vous les pathologies psychiatriques où il existe un risque de passer à côté d'une douleur somatique ?

IDE : Ah bah tout ce qui est "histrionique", les patients comme on dit qui sont très "démonstratifs". Ça peut être même les personnes maniaco dépressives aussi, les PMD car quand elles sont en phase maniaque, elles disent tellement de choses qu'on peut passer à côté de quelque chose parce qu'on

sait que la personne augmente un petit peu ses plaintes. Une personne dépressive le problème c'est que la plupart du temps elle n'en parle pas. Et après c'est tous les patients qui ont des troubles déficitaires comme les patients autistes mais aussi les psychotiques chroniques sévères qui eux ont plus un problème de sensation, de ressenti de la douleur qui n'est pas du tout le même que nous, des problèmes d'élaboration intellectuelle qui font qu'ils n'arrivent pas à mettre de mots sur ce qu'ils ressentent. A vrai dire, il y a beaucoup de pathologies où c'est compliqué, où il faut affiner l'évaluation et c'est bien de connaître le patient pour pouvoir justement connaître son état de base et son comportement habituel pour détecter un comportement qui pourrait faire penser à une douleur. Donc c'est pour ça, chaque fois qu'il y a quelque chose, vaut mieux vérifier et ne rien laisser passer plutôt que l'inverse.

ESI : D'accord. Pour la suite, mes questions aborderont davantage le prendre soin du patient douloureux en psychiatrie.

IDE : Ok, allons-y!

ESI : Comment évaluez-vous la douleur somatique en psychiatrie? Quels sont les outils que vous pouvez utiliser? La démarche soignante mise en place?

IDE : Pour l'évaluation de la douleur on a créé un kit d'échelles d'évaluation de la douleur qui reprend les échelles validées par l'HAS. Les plus utilisées, je pense, ça reste l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique, je pense que ce sont les plus utilisées mais par exemple dans les EHPAD ils vont utiliser pas mal la doloplus, algoplus et le repérage des pathologies neuropathiques parce que c'est des douleurs très peu connues et souvent mal prises en compte, surtout qu'on a intégré l'échelle DN4 maintenant pour pouvoir l'évaluer. On utilise aussi la GED-DI pour tout patient en déficience intellectuelle ou patient autiste. On a aussi l'échelle des visages. On a des échelles pour patients communicants et non communicants afin de permettre d'adapter en fonction de chaque patient.

ESI : D'accord. Et le kit vous l'avez sur place directement c'est ça ?

IDE : Oui, voilà. Et les kits sont censés être accrochés aux dynamap ou aux chariots de médicaments aussi et du coup il faut qu'on puisse l'avoir à côté de nous au plus près quand on est avec le patient. On essaye de garder la même échelle pour le même patient pour toute l'hospitalisation.

ESI : Oui dans le but de préserver une cohérence. Avez-vous développé des stratégies personnelles pour mieux repérer cette douleur somatique?

IDE : C'est plus dans le questionnement du patient, dans l'observation. Après comme moi je suis au CLUD, je suis sûrement plus sensible à cette question aussi, même si je n'ai pas encore fait le DU douleur. Je participe tellement depuis longtemps au CLUD que j'ai pu agrandir mes connaissances puis je participe également à la formation de mes collègues.

Après, j'appuie aussi auprès du médecin quand un patient semble douloureux, il vaut mieux investiguer plutôt que de passer à côté même si le médecin dit "oui mais on a déjà été regardé" peut importe, c'est pas grave. Le principal c'est que le patient soit entendu et notamment quand on sait que la douleur physique et psychique sont liées chez nous, plus le patient est entendu et plus sa

douleur psychique est améliorée aussi. Vaut mieux vérifier et rassurer le patient en disant qu'il n'y a rien de grave que de le laisser avec sa douleur sans rien faire. Donc les stratégies c'est surtout l'écoute du patient et le lien avec le médecin et l'équipe.

ESI : Et quelles actions mettez-vous en place pour soulager le patient de sa douleur? Que ce soit médicamenteux ou non médicamenteux?

IDE : Bah après ça va dépendre de la douleur mais on a pas mal de techniques possibles après en effet il y a tous les traitements, les protocoles qui ont été revus avec les pharmaciens. On a des protocoles adaptés à chaque patient à chaque type de douleur, donc ça c'est au niveau médicamenteux. Après en fonction on peut aussi aider à soulager avec les pack chauds, froids, ça peut être un changement de position, du matériel avec les ergothérapeutes pour soulager les points d'appui, un fauteuil adapté. Certains patients sont réceptifs aussi à la musique. Ça peut être simplement un bain chaud. Après voilà ça dépend de la douleur, de plein de choses. On essaye de développer d'autres techniques sur l'hôpital mais ça c'est compliqué parce qu'il faut recenser la totalité des professionnels de santé qui sont formés à tout ce qui est hypnose, acupuncture, donc toutes les techniques "autres". On a déjà la sophrologie qui est utilisée dans la douleur. La technique de snoezelen peut aussi marcher contre certaines douleurs.

ESI : Et vous, avez-vous déjà vécu une situation dans laquelle vous vous êtes retrouvée en difficultés dans l'évaluation de la douleur somatique en raison des troubles psychiatriques du patient?

IDE : Ah bah plusieurs fois oui. C'est justement un patient autiste et le problème c'est que ça faisait quelques années que j'étais au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée donc je connaissais les patients. D'autres collègues étaient là depuis moins longtemps que moi et connaissaient peut-être moins le patient et quand j'évoquais une possible douleur au niveau d'une jambe, on me disait "mais non, mais non, tu t'inquiètes pour rien" fin bref, et puis le patient faisait son "train-train" comme avant, il allait dans les autres unités, il piquait du café, il marchait sur sa jambe comme si de rien n'était. Mais dans son comportement, il y avait quand même des petites mimiques qu'il faisait. Je voyais bien qu'il avait le visage tendu. Il se déplaçait mais pas tout à fait comme d'habitude. Il a fallu attendre quelques jours pour que le médecin soit présent. Je lui ai demandé de venir vérifier, il a demandé à ce qu'on aille faire une radio. Le patient avait une double fracture du tibia-péroné. Mais une collègue ne nous a pas dit qu'il était tombé de cheval à l'équithérapie.

Donc c'est son comportement qui m'a interpellé. Le patient ne communiquant pas, il n'a pas pu nous dire pour l'équithérapie. Sa pathologie faisait aussi que ce qui s'était passé la veille c'est tout juste s'il s'en était rendu compte. Il ne se plaignait d'aucune douleur. D'où la difficulté. On ne peut se baser que sur l'observation.

ESI : D'accord. Et pour terminer, si je vous dis "douleur somatique" et "souffrance psychique", qu'est ce que cela vous évoque?

IDE : C'est obligatoire, une douleur physique entraîne toujours une douleur psychique. Parce que souffrir ce n'est pas agréable. On a déjà vu des dépressions s'installer chez des personnes qui étaient des douloureux chroniques, des patients qui souffrent toute l'année. C'est donc normal, je pense, que l'humeur flanche avec à un moment donné. C'est déjà arrivé que l'humeur d'une personne remonte

parce qu'on a pris en compte sa douleur physique et qu'on a trouvé des solutions pour le soulager. C'est souvent des patients initialement fragiles psychologiquement qui, avec une douleur en plus, tout s'accroît. On ne peut pas soigner quelqu'un pour des troubles de l'humeur ou psychiques si on ne soigne pas la douleur physique parce que celle-ci va venir parasiter la thérapie psychique. Quand on a vraiment mal, c'est quelque chose qui focalise l'attention. Ça peut être que lié, c'est pas possible de dénouer les deux. Chez quelqu'un qui n'a pas de trouble psychiatrique, une douleur physique peut aussi entraîner des troubles psychiques. Pour moi ça altère l'humeur, joue sur l'environnement familial aussi. Ça met un poids sur la personne.

ESI : Existe-t-il des situations où vous êtes amenée à devoir distinguer les deux dans votre prise en soin?

IDE : Oui, il y a des moments où on distingue les deux mais souvent elles sont liées mais on peut distinguer. Par exemple, un patient hyper angoissé, va venir nous dire "j'ai super mal au ventre", dans un questionnement on va finir par savoir qu'en fait il ne se sent pas bien parce qu'il angoisse... Et là c'est plus souvent l'écoute, qui, en traitant l'anxiété, va faire disparaître les douleurs abdominales. Il n'y aura pas forcément besoin d'un traitement contre les douleurs abdominales. Vous voyez ce que je veux dire?

ESI : Oui tout à fait.

IDE : La souffrance psychique souvent elle somatise, c'est-à-dire que souvent elle va créer des points de tension corporelle à certains endroits et ces douleurs là ce n'est pas avec des antalgiques qu'on la soigne, c'est plus avec de la relaxation, de la sophrologie, de l'écoute, une prise en compte de la douleur psychique. On peut entre guillemets les séparer mais c'est parce que la douleur psychique a tendance à somatiser, à donner des points d'appels somatiques que du coup on a du mal à les différencier, à les dénouer. C'est vraiment en questionnant le patient qu'on peut se rendre compte qu'en traitant le psychique, on traite aussi le somatique. Le principal n'est pas vraiment de distinguer les deux mais de soulager le patient. Et ensuite éduquer le patient sur cette douleur afin qu'il puisse la gérer chez lui en autonomie.

ESI : D'accord, c'est très complet, merci beaucoup. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose?

IDE : Je ne pense pas. C'est un sujet très intéressant sur lequel il est toujours intéressant de réfléchir.

ESI : Oui effectivement !

Je vous remercie pour toutes vos réponses et pour le temps que vous m'avez accordé. L'entretien quant à lui, restera bien anonyme!

IDE : Mais de rien! Oui, aucun souci pour moi de ce côté là. Bonne journée à vous!

ESI : Super! Merci et bonne fin de journée à vous! Au revoir!

Annexe IV : Tableau d'analyse des entretiens

Objectifs du premier tableau :

- Connaître le parcours de soins, les expériences et l'ancienneté du professionnel dans les soins
- Connaître l'expérience du professionnel en termes de douleur dans les soins

	IDE 1	IDE 2
<u>Présentation du professionnel et de son parcours</u>	<p>Infirmière diplômée de 2009. Ancienne aide-soignante diplômée de 2002. Elle a beaucoup axé ses études et son parcours sur la personne âgée. En tant qu'aide-soignante, elle était en EHPAD, ensuite elle a été sur le pool et les unités d'admissions pour personnes âgées. Elle a expérimenté durant un an le libéral. Elle a ensuite passé deux Diplômes Universitaires : DU plaie et DU douleur. Elle a fait partie du CLUD dont elle a été vice-présidente. A ce jour, elle travaille dans une unité d'admission pour personnes adultes atteintes de troubles psychiatriques.</p>	<p>Infirmière diplômée fin 2001. Elle a commencé par travailler trois mois pour dépanner une commune puis elle est rentrée en mars 2002 au sein d'un centre hospitalier psychiatrique. Elle a fait 11 ans dans une maison d'accueil spécialisée rattachée à l'hôpital puis 9 ans au sein d'une unité psychiatrique dans laquelle elle travaille encore à ce jour. Membre depuis 8 ans au sein du CLUD sur l'hôpital dont elle est aujourd'hui vice-présidente. Souhaite passer le DU douleur l'année prochaine.</p>

Objectifs du deuxième tableau :

- Connaître la perception du soignant quant à la notion de "douleur en psychiatrie"
- Identifier la place de la douleur somatique en psychiatrie selon le professionnel interrogé
- Identifier le type de situations génératrices de douleur somatique

	IDE 1	IDE 2	Items
<u>La douleur en psychiatrie</u>			
La place de la douleur somatique en psychiatrie	<p>"C'est parfois pas trop la priorité pour les soignants"</p> <p>[Concernant la prise en compte de la douleur, est-elle différente par rapport à un service de soins généraux?] : "oui elle est différente parce qu'on n'a pas les mêmes patients"</p> <p>"on a des soignants qui ne sont pas</p>	<p>"Elle se démocratise, c'est-à-dire que depuis 10 ans euh...elle devient une prise en charge à part entière. Je dirais qu'il y a 10 ans on en parlait pas beaucoup"</p> <p>"Maintenant je pense que, de par les formations en IFSI et je pense aussi le fait que l'on en parle de plus en plus, ça devient un critère obligatoire par l'HAS et l'ARS"</p>	9 (4+5)

	IDE 1	IDE 2	Items
La douleur en psychiatrie			
	<p>centrés sur le physique en priorité”</p> <p>“C’est la douleur psychique qui est en priorité et ce ne sont pas les démonstrations de pathologies physiques qui sont priorisées par les soignants”</p>	<p>“la prise en charge de la douleur maintenant en psychiatrie elle est présente et les soignants maintenant, sont conscients qu’elle existe et qu’elle est importante à prendre en charge aussi bien au niveau somatique que psychique. Avant on s’occupait que du psychique, maintenant ça se démocratise et on va dire que si on est parti de 0, on peut dire qu’on a augmenté de 60% sur l’hôpital”</p> <p>[Il y a donc eu des progrès?] : “Ah oui oui, oui. Aussi bien en considération de la douleur que des traitements”</p> <p>[Concernant la prise en compte de la douleur, est-elle la même qu’en service de soins généraux?] : “je dirais que oui”</p>	
Un enjeu de santé publique	<p>“alors que ça a un enjeu on le sait”</p> <p>“ça reste une grande problématique, même s’il y a des progrès aujourd’hui”</p>	<p>“ Le problème c’est que les douleurs somatiques vont augmenter les douleurs psychiques et inversement”</p>	3 (2+1)
Les manifestations douloureuses	<p>“les douleurs dentaires, d’une part car il y a des problèmes d’hygiène notamment pour les personnes souffrant de délires, celles qui souffrent de dépression, les personnes qui ne mangent plus correctement”</p> <p>“Il y a les douleurs abdominales aussi qui reviennent très fréquemment”, “en raison des traitements qui favorisent la constipation”</p> <p>“les céphalées aussi”, “en lien avec</p>	<p>“c’est beaucoup des douleurs articulaires, des douleurs abdominales à cause des traitements, tout ce qui est dorsalgie, lombalgie”, “sinon c’est beaucoup des migraines car beaucoup ruminent, réfléchissent sans cesse”</p>	7 (5+2)

	IDE 1	IDE 2	Items
<u>La douleur en psychiatrie</u>			
	les troubles du sommeil, en lien avec la pathologie psychiatrique, le fait de toujours ruminer, ressasser, être en état de stress, soucis visuels..."		

Objectifs du troisième tableau :

- Connaître la perception et l'expression de la douleur du patient
- Repérer les pathologies pour lesquelles il existe un risque de passer à côté d'une douleur somatique

	IDE 1	IDE 2	Items
<u>Quand la pathologie psychiatrique rencontre la douleur somatique</u>			
La perception et l'expression de la douleur par le patient	<p>"quelqu'un qui a des troubles psychiatriques, des troubles du comportement ça peut en effet être dû à une pathologie psy mais ça peut aussi être majoré par des douleurs physiques"</p> <p>"quand on a des personnes qui ont un peu de mal à parler de leur corps notamment dans les psychoses, pour ceux qui ont des problèmes pour s'exprimer c'est d'autant plus compliqué de savoir exactement si y'a une douleur potentielle et où elle se situe"</p> <p>"Pour les pathologies névrotiques, on ne va pas savoir, c'est lorsqu'on donnera un médicament et qu'on se rendra compte que l'évaluation de la douleur a diminué qu'on pourra se rendre compte qu'il y avait une réelle douleur physique présente"</p> <p>"On a des patients qui n'ont pas le</p>	<p>"Ça va dépendre de nos patients car ils sont déjà perturbés psychiquement donc ça va dépendre de leurs capacités à pouvoir répondre à l'évaluation, à décrire cette douleur mais ça va dépendre aussi de leur état psychique"</p> <p>"Le patient ne communiquant pas, il n'a pas pu nous dire pour l'équithérapie. Sa pathologie faisait aussi que ce qui s'était passé la veille c'est tout juste s'il s'en était rendu compte. Il ne se plaignait d'aucune douleur"</p>	8 (6+2)

	IDE 1	IDE 2	Items
<u>Quand la pathologie psychiatrique rencontre la douleur somatique</u>			
	<p>même rapport à la douleur, qui ne peuvent pas en parler de la même façon, la montrer de la même façon”</p> <p>“Souvent, la douleur physique exprimée veut dire quelque chose au niveau du psychisme”, “on va avoir des patients qui viennent nous voir constamment car ils sont tracassés, frustrés par quelque chose, l’expression de leur mal-être va se faire de façon physique : j’ai mal au dos, à la tête, c’est une façon de canaliser notre attention”</p>		
Les pathologies pour lesquelles il est difficile de repérer une douleur somatique	<p>“Je pourrai te dire presque toutes!”</p> <p>“Les pathologies type névrose, dépression, les troubles anxieux généralisés...”, “Ils sont capables de ressentir leur corps sauf que parfois certaines personnes vont être dans la plainte constante toute la journée ce qui fait qu’au bout d’un moment on n’entend plus cette plainte. Sauf qu’à un moment donné, cette personne va avoir très mal et on va passer à côté...”</p> <p>“les plus à risque ce sont surtout les troubles psychotiques (schizophréniques..) car quand ils sont en phase aiguë, pour faire la part des choses c’est très difficile”</p> <p>“Et les personnes démentes..”</p>	<p>“tout ce qui est “histrionique”, les patients comme on dit qui sont très “démonstratifs” “</p> <p>“les personnes maniaco dépressives aussi, les PMD car quand elles sont en phase maniaque, elles disent tellement de choses qu’on peut passer à côté de quelque chose parce qu’on sait que la personne augmente un petit peu ses plaintes”</p> <p>“Une personne dépressive le problème c’est que la plupart du temps elle n’en parle pas”</p> <p>“après c’est tous les patients qui ont des troubles déficitaires comme les patients autistes mais aussi les psychotiques chroniques sévères qui eux ont plus un problème de sensation, de ressenti de la douleur qui n’est pas du tout le même que nous, des problèmes d’élaboration</p>	10 (5+5)

	IDE 1	IDE 2	Items
<u>Quand la pathologie psychiatrique rencontre la douleur somatique</u>			
		intellectuelle qui font qu'ils n'arrivent pas à mettre de mots sur ce qu'ils ressentent" "il y a beaucoup de pathologies où c'est compliqué"	

Objectifs du quatrième tableau :

- Identifier la démarche soignante utilisée pour évaluer la douleur somatique en santé mentale
- Identifier les actions mises en place pour soulager le patient de sa douleur
- Identifier les stratégies adoptées par les soignants pour mieux repérer la douleur chez les patients

	IDE 1	IDE 2	Items	
<u>Le prendre soin infirmier du patient douloureux</u>				
L'évaluation de la douleur	Les difficultés	<p>"En psychiatrie c'est loin d'être simple : la douleur physique et psychiatrique sont souvent très intriquées, ce qui fait que c'est assez difficile à évaluer"</p> <p>"on est constamment en rupture de tâche, on a toujours une personne qui vient nous voir. Donc quand on a une personne qui nous dit qu'elle a mal, on suit le protocole, on prend les constantes, donc évaluer la douleur prend du temps et souvent on ne peut pas, on est morcelé dans notre propre métier"</p> <p>"tout ça prend du temps"</p> <p>"Ça demande une attention particulière"</p>	<p>"On est obligé de prendre en compte l'état psychique de notre patient quand on prend en compte sa douleur. La douleur somatique est donc difficile à évaluer"</p> <p>"Si le soignant connaît bien le patient, il va pouvoir rapidement dire en fait qu'il est douloureux mais s'il le connaît pas et qu'il ne connaît pas son comportement habituel c'est pas forcément très objectif"</p>	9 (7+2)

		<p>“La douleur va être évaluée en étant demandée par l’interne mais pas forcément notée quelque part”</p> <p>“si on ne sait pas à l’arrivée si le patient était d’emblée douloureux, on ne va pas pouvoir réagir de la même façon”</p> <p>“Parfois c’est difficile de démêler ces deux douleurs. Le corps est imbriqué donc ces deux douleurs sont très liées mais c’est sûr que ce lien rend difficile d’évaluer”</p>		
	Les outils	<p>“Avec le CLUD on a mis en place un petit kit qui reprend les échelles d’évaluation de la douleur avec l’échelle numérique, l’échelle visuelle analogique”</p> <p>“on a rajouté tout ce qui est algoplus, doloplus, DN4”</p> <p>“Celle qui est le plus utilisée en psychiatrie c’est l’échelle numérique”</p> <p>“Le kit est “normalement” appliqué sur chaque chariot de soins et dans la pharmacie de chaque unité”</p>	<p>“on a créé un kit d’échelles d’évaluation de la douleur qui reprend les échelles validées par l’HAS”</p> <p>“Les plus utilisées, je pense, ça reste l’échelle visuelle analogique, l’échelle numérique”</p> <p>“dans les EHPAD ils vont utiliser pas mal la doloplus, algoplus et le repérage des pathologies neuropathiques”, “on a intégré l’échelle DN4”</p> <p>“On utilise aussi la GED-DI pour tout patient en déficience intellectuelle ou patient autiste. On a aussi l’échelle des visage”</p> <p>“On essaye de garder la même échelle pour le même patient pour toute l’hospitalisation”</p>	10 (4+6)
Actions mises en place pour soulager		<p>“il y a des solutions médicamenteuses et non médicamenteuses”, “Il existe un petit protocole en psychiatrie”</p>	<p>“on a pas mal de techniques possibles”</p> <p>“il y a tous les traitements,</p>	19 (11+8)

	<p>“On commence par mettre en place du paracétamol ou de l’ibuprofène sachant que c’est le paracétamol le plus utilisé parce que l’ibuprofène on l’utilise pas pour les plus de 60 ans”</p> <p>“on a aussi un bon panel en psychiatrie de non médicamenteux”, “ Il y a le cold pack”, “l’écoute”, “Quand tu as quelqu’un qui reçoit ta douleur, tu te sens déjà moins dans le stress”</p> <p>“les techniques de relaxation”, “Certains font de l’hypnose”, “La sophrologie aussi!”, “ le kiné aussi, l’ergothérapeute qui permettent d’apaiser certains maux”</p>	<p>les protocoles qui ont été revus avec les pharmaciens”, “On a des protocoles adaptés à chaque patient à chaque type de douleur”</p> <p>“les pack chauds, froids, ça peut être un changement de position, du matériel avec les ergothérapeutes pour soulager les points d’appui, un fauteuil adapté”, “Certains patients sont réceptifs aussi à la musique. Ca peut être simplement un bain chaud”</p> <p>“On essaye de développer d’autres techniques sur l’hôpital mais ça c’est compliqué parce qu’il faut recenser la totalité des professionnels de santé qui sont formés à tout ce qui est hypnose, acupuncture, donc toutes les techniques “autres” “, “On a déjà la sophrologie qui est utilisée”, “La technique de snoezelen peut aussi marcher contre certaines douleurs”</p>	
<p>Les stratégies personnelles pour mieux repérer la douleur</p>	<p>“A partir du moment où on a un changement de comportement c’est ça qui nous fait tilt”, “mais il faut l’avoir en tête constamment et ce n'est pas toujours évident”, “quand il commence à nous dire qu’ils ont mal c’est qu’il est grand temps de faire quelque chose”</p> <p>“avant même que la douleur soit verbalisée”, “ j’anticipe cette douleur en reprenant les douleurs que l’on retrouve le plus en psychiatrie”, “ c’est l’expérience, les cours théoriques et puis le fait d’être plusieurs, une équipe, le fait</p>	<p>“Si le soignant connaît bien le patient, il va pouvoir rapidement dire en fait qu’il est douloureux”</p> <p>“chaque fois qu’il y a quelque chose, vaut mieux vérifier et ne rien laisser passer plutôt que l’inverse”</p> <p>“C’est plus dans le questionnement du patient, dans l’observation”</p> <p>“comme moi je suis au CLUD, je suis sûrement plus sensible à cette question aussi”</p>	<p>16 (10+6)</p>

	<p>d'échanger permet de donner des idées"</p> <p>"Moi je pars du principe où quand ils ont mal, on part du principe qu'ils ont mal"</p> <p>"On peut donner un traitement. Ca va permettre de savoir car s'il fonctionne c'est qu'il existe une douleur"</p> <p>"on ne va pas donner de la morphine a quelqu'un qui a un grand sourire"</p> <p>"c'est grâce à l'expérience que l'on arrive à reconnaître les situations"</p>	<p>"Donc les stratégies c'est surtout l'écoute du patient et le lien avec le médecin et l'équipe"</p> <p>"Le principal n'est pas vraiment de distinguer les deux mais de soulager le patient. Et ensuite éduquer le patient sur cette douleur afin qu'il puisse la gérer chez lui en autonomie"</p>	
<p>Entre douleur et souffrance ?</p>	<p>"il y a deux types de douleurs", "Il y a la souffrance psychique que nous on travaille en psychiatrie, c'est notre bébé, c'est ce qu'on va travailler en premier", "Mais il ne faut pas oublier qu'un être-humain reste un être-humain et qu'il n'y a pas que le psychisme. C'est pas parce que tu vas à l'hôpital psychiatrique que tu n'as pas possibilité d'avoir des douleurs physiques", " il y a la douleur physique justement qui est à prendre aussi en compte"</p> <p>"Parfois c'est difficile de démêler ces deux douleurs. Le corps est imbriqué donc ces deux douleurs sont très liées"</p> <p>"Pour moi, c'est imbriqué", "Quand l'un ne va pas bien, l'autre suit ", "Mais pas toujours car parfois quand ils ont mal aux dents, il n'y a pas de souffrance psychique derrière", "Il est certain que c'est important de penser "prise en charge globale" mais il est bien de distinguer ces deux types de</p>	<p>"on ne peut pas dissocier douleur somatique et douleur psychique"</p> <p>"Tout est imbriqué. On est obligé de prendre en compte l'état psychique de notre patient quand on prend en compte sa douleur"</p> <p>"C'est obligatoire, une douleur physique entraîne toujours une douleur psychique. Parce que souffrir ce n'est pas agréable. On a déjà vu des dépressions s'installer chez des personnes qui étaient des douloureux chroniques, des patients qui souffrent toute l'année"</p> <p>"C'est déjà arrivé que l'humeur d'une personne remonte parce qu'on a pris en compte sa douleur physique et qu'on a trouvé des solutions pour le soulager"</p>	<p>21 (11+10)</p>

	<p>douleurs car le traitement ne va pas être le même”</p> <p>“On peut avoir des douleurs psychologiques qui peuvent avoir des conséquences physiques : tensions musculaires...”</p> <p>“Il y a certaines pathologies comme les troubles borderlines où les personnes vont avoir besoin de se faire mal pour exister. Ça va leur permettre de se sentir “vivant” “</p>	<p>“C’est souvent des patients initialement fragiles psychiquement qui, avec une douleur en plus, tout s’accroît”</p> <p>“Quand on a vraiment mal, c’est quelque chose qui focalise l’attention. Ça peut être que lié, c’est pas possible de dénouer les deux”</p> <p>“Pour moi ça altère l’humeur, joue sur l’environnement familial aussi. Ça met un poids sur la personne”</p> <p>“Il y a des moments où on distingue les deux mais souvent elles sont liées mais on peut distinguer. Par exemple, un patient hyper angoissé, va venir nous dire “j’ai super mal au ventre”, dans un questionnaire on va finir par savoir qu’en fait il ne se sent pas bien parce qu’il angoisse... Et là c’est plus souvent l’écoute, qui, en traitant l’anxiété, va faire disparaître les douleurs abdominales”</p> <p>“On peut entre guillemets les séparer mais c’est parce que la douleur psychique a tendance à somatiser, à donner des points d’appels somatiques que du coup on a du mal à les différencier, à les dénouer”</p> <p>“Le principal n’est pas vraiment de distinguer les deux mais de soulager le patient”</p>	
--	---	--	--

Nom : Meignen

Prénom : Elyna

Titre du mémoire : *La prise en soin de la douleur somatique en santé mentale*

Abstract

This written work focuses on the care of somatic pain in mental health.

Indeed, through two situations experienced with people suffering from psychiatric disorders, many questions have arisen. I realized the difficulties encountered in taking care of somatic pain. I felt helpless as a future health professional. It was essential for me to have a better understanding of this taking care to be more comfortable once graduated. I wanted to understand why in psychiatry it's difficult to recognize this pain. This led me to ask myself the following question : ***In psychiatry, to what extent does a patient's psychiatric disorders influence the taking care of its somatic pain?***

To try to answer this question, I looked for theoretical insights from authors around two main axes : the place of somatic pain in psychiatry and the taking care of the nurse around this pain. Then, I deepened my research by conducting semi-directive interviews with two psychiatric nurses who have experience in a pain management committee. Afterwards, I analyzed these interviews.

After comparing the information collected by the authors with that of the nurses, I obtained results.

We discover a fragile place for somatic pain in psychiatry. Yet, many physical pains appear in the services. Also, I found difficulties to evaluate this pain because of the psychiatric pathology which leads to a different perception and expression of pain from our. Moreover, a strong connection exists between physical and psychological pain, so it's difficult to identify the somatic pain in all this.

All this research has allowed me to establish an opening question which could be developed : ***Faced with somatic painful complaint in mental health, to what extent does the nurse's subjective approach influence the taking care of somatic pain?***

This work allows me today to more serenely apprehend this type of situation if I came to meet her once graduated.

Résumé

Ce travail écrit s'intéresse à la prise en soin de la douleur somatique en santé mentale.

En effet, à travers deux situations vécues auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques, de nombreuses questions sont apparues. Je me suis aperçue des difficultés rencontrées pour prendre en soin la douleur somatique. Je me suis sentie démunie en tant que future professionnelle de santé. Il était pour moi essentiel de mieux comprendre cette prise en charge

pour être plus à l'aise une fois diplômée. J'ai voulu comprendre pourquoi en psychiatrie il est difficile de reconnaître cette douleur. J'en suis donc venue à me poser la question suivante : ***En psychiatrie, dans quelle mesure les troubles psychiatriques d'un patient influencent-ils la prise en compte de sa douleur somatique?***

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai recherché auprès d'auteurs des éclairages théoriques autour de deux axes principaux : la place de la douleur somatique en psychiatrie et le prendre soin infirmier autour de cette douleur. Ensuite, j'ai approfondi mes recherches en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières de psychiatrie qui ont une expérience au sein d'un comité de lutte contre la douleur. J'ai par la suite analysé ces entretiens.

Après avoir confronté les informations recueillies par les auteurs à celles des infirmières, j'ai obtenu des résultats.

On y découvre une place fragile pour la douleur somatique en psychiatrie. Pourtant de nombreuses douleurs physiques apparaissent dans les services. J'ai également constaté des difficultés pour évaluer cette douleur en raison de la pathologie psychiatrique qui entraîne une perception et une expression de la douleur différente de la nôtre. De plus, un lien fort existe entre la douleur physique et la douleur psychique, il est donc difficile de repérer la douleur somatique dans tout cela.

Toutes ces recherches m'ont permis d'établir une question d'ouverture qui pourrait être développée : ***Face à la plainte douloureuse somatique en santé mentale, dans quelle mesure l'approche subjective du soignant influe-t-elle la prise en soin de la douleur somatique?***

Ce travail me permet aujourd'hui d'appréhender plus sereinement ce type de situation si je venais à la rencontrer une fois diplômée.

Keywords : Psychiatric disorders, somatic pain, place of pain, taking care, difficulties

Mots-clés : Troubles psychiatriques, douleur somatique, place de la douleur, prendre soin, difficultés

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
Pôle de Formation des Professionnels de Santé, CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES - Promotion 2019-2022