



**HAL**  
open science

# Analyse des représentations de la prise en charge de la douleur par les soignants de psychiatrie : étude qualitative par focus group au CH Bohars

Bérénice Mercier

## ► To cite this version:

Bérénice Mercier. Analyse des représentations de la prise en charge de la douleur par les soignants de psychiatrie : étude qualitative par focus group au CH Bohars. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01923797

**HAL Id: dumas-01923797**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01923797>**

Submitted on 15 Nov 2018

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# Université de Bretagne Occidentale

**FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE**

\*\*\*\*\*

**Année 2017-2018**

**DOCTORAT en MEDECINE  
DIPLOME D'ETAT**

par Bérénice Mercier

née le 4 avril 1985 à Toulouse (31)

présenté et soutenu publiquement le 22 octobre 2018

**ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA  
DOULEUR PAR LES SOIGNANTS DE PSYCHIATRIE: ÉTUDE  
QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP AU CH BOHARS**

Président : Professeur Michel Walter

Membres du jury : Docteur Anne-Laure Bergot, Professeur Christian Berthou,  
Docteur Philippe Genest, Docteur Brice Loddé



UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MÉDECINE  
ET  
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST

**LISTE DES ENSEIGNANTS**

PROFESSEURS EMÉRITES

**Professeur BARRA Jean-Aubert**

**Professeur LAZARTIGUES Alain**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

**Professeur BLANC Jean-Jacques Professeur CENAC**

**Arnaud**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE  
EXCEPTIONNELLE

**BOLES Jean-Michel**

**FEREC Claude**

**GARRE Michel**

**MOTTIER Dominique**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1<sup>ere</sup> CLASSE

**ABGRALL Jean-François**

**BOSCHAT Jacques**

**BRESSOLLETTE Luc**

**COCHENER - LAMARD Béatrice**

**COLLET Michel**

**DE PARSCAU DU PLESSIX Loic**

**DE BRAEKELEER Marc**

**DEWITTE Jean-Dominique**

**FENOLL Bertrand**

**GOUNY Pierre**

**JOUQUAN Jean**

**KERLAN Véronique**

**LEFEVRE Christian**

**LEHN Pierre Biologie Cellulaire**

**LEROYER Christophe**

**LE MEUR Yannick**

**LE NEN Dominique**

**LOZAC'H Patrick**

**MANSOURATI Jacques**

**OZIER Yves**

**REMY-NERIS Olivier**

**ROBASZKIEWICZ Michel**

**SENECAIL Bernard**

**SIZUN Jacques**

**TILLY - GENTRIC Armelle**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>eme</sup>CLASSE

**BAIL Jean-Pierre**  
**BERTHOU Christian**  
**BEZON Eric**  
**BLONDEL Marc BOTBOL**  
**Michel**  
**CARRE Jean-Luc**  
**COUTURAUD Francis**  
**DAM HIEU Phong**  
**DEHNI Nidal**  
**DELARUE Jacques**  
**DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie**  
**DUBRANA Frédéric**  
**FOURNIER Georges**  
**GILARD Martine**  
**GIROUX-METGES Marie-Agnes**  
**HU Weigo**  
**LACUT Karine**  
**LE GAL Grégoire**  
**LE MARECHAL Cédric**  
**L'HER Erwan**  
**MARIANOWSKI Rémi**  
**MISERY Laurent NEVEZ Gilles**  
**NONENT Michel**  
**NOUSBAUM Jean-Baptiste**  
**PAYAN Christopher**  
**PRADIER Olivier**  
**RENAUDINEAU Yves**  
**RICHE Christian**  
**SALAUN Pierre-Yves**  
**SARAUX Alain**  
**STINDEL Eric**  
**TIMSIT Serge**  
**VALERI Antoine**  
**WALTER Michel**

PROFESSEURS des Universités - praticien Libéral

**LE RESTE Jean Yves**

PROFESSEURS ASSOCIÉS

**LE FLOC'H Bernard**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS Hors  
Classe

**ABALAIN-COLLOC Marie Louise**  
**AMET Yolande**  
**LE MEVEL Jean Claude**

**LUCAS Daniele**  
**RATANASAVANH Damrong**  
**SEBERT Philippe**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1<sup>ere</sup>  
CLASSE

**ABALAIN Jean-Hervé**  
**AMICE Jean**  
**CHEZE-LE REST Catherine**  
**DOUET-GUILBERT Nathalie**  
**JAMIN Christophe**  
**MIALON Philippe**  
**MOREL Frédéric**  
**PERSON Hervé**  
**PLEE-GAUTIER Emmanuelle**  
**UGO Valérie**  
**VALLET Sophie**  
**VOLANT Alain**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>eme</sup>  
CLASSE

**DELLUC Aurélien**  
**DE VRIES Philine**  
**HILLION Sophie**  
**LE BERRE Rozenn**  
**LE GAC Gérald**  
**LODDE Brice**  
**QUERELLOU Solene**  
**SEIZEUR Romuald**

MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

**MIGNEN Olivier**

MAITRES DE CONFERENCES

**AMOUREUX Rémy**  
**HAXAIRE Claudie**  
**LANCIEN Frédéric**  
**LE CORRE Rozenn**  
**MONTIER Tristan**  
**MORIN Vincent**

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

**BARRAINE Pierre**  
**NABBE Patrice**  
**CHIRON Benoît BARAIS Marie Agrégés du second degré**

**MONOT Alain**  
**RIOU Morgan**

# Remerciements

À Monsieur le Professeur Walter pour avoir accepté de présider le jury.

À Monsieur le Docteur Philippe Genest et Madame le Docteur Anne-Laure Bergot pour avoir accepté de diriger cette thèse.

À Messieurs le Professeur Berthou et le Docteur Loddé pour avoir gentiment accepté d'être membres du jury.

À tous les infirmiers et cadres infirmiers de l'hôpital Bohars qui ont donné de leur temps pour participer aux entretiens.

À madame Hélène Allée, Brigitte et Maguy pour leur aide logistique.

À ma famille, à mes amis.

Aux co-internes, aux infirmières des services qui rassurent, aux médecins bienveillants qui apprennent tant et à aux personnes qui font que ces longues années sont plus que des études mais aussi un cheminement.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	9
<b>1. PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>10</b>
1.1 CONSTRUCTION DE LA NOTION DE DOULEUR DANS LE DISCOURS MÉDICAL ...	10
1.2 FORMATION ET LA MODULATION DE LA DOULEUR .....	11
1.2.1 Formation de la douleur .....	11
1.2.2 Modulation de la douleur .....	12
1.3 L'APPARITION DE LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE .....	13
1.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN PSYCHIATRIE .....	14
1.4.1 Un constat de perte de chance .....	14
1.4.2 Cadre légal .....	14
1.4.3 Prise en charge actuelle.....	15
1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	16
1.5.1 Question principale.....	16
1.5.2 Questions secondaires .....	16
1.5.3 Hypothèses de recherche .....	16
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>18</b>
2.1 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE .....	18
2.1.1 Objectif de l'étude .....	18
2.1.2 Justification du type d'étude .....	18
2.2 RECUEIL DES DONNÉES .....	18
2.2.1 Thèmes et élaboration du guide d'entretien .....	18
2.2.2 Échantillonnage et critères d'inclusion.....	18
2.2.3 Déroulement des entretiens.....	19
2.3 ANALYSE DES DONNÉES .....	19
2.3.1 Recueil et transcription des données .....	19
2.3.2 Analyse des données .....	19
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>21</b>
3.1 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS .....	21
3.2 RÉSULTATS EN CODAGE AXIAL ET OUVERT.....	22
3.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	23
3.3.1 Représentations de la douleur .....	23
3.3.2 L'évaluation de la douleur .....	23
3.3.3 Les difficultés d'évaluation de la douleur .....	25
3.3.4 Réaction des soignants face aux difficultés d'évaluation .....	27
3.3.5 Réévaluation de la douleur.....	27
3.3.6 Prise en charge thérapeutique.....	27
3.3.7 Effets de la certification .....	28
3.3.8 Les attentes des soignants .....	30
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>32</b>



4.1 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS .....	32
4.2 QUALITÉ ET LA VALIDITÉ INTERNE DES RÉSULTATS .....	32
4.2.1 Résultat de l'étude .....	32
4.2.2 Pertinence du type d'étude .....	33
4.2.3 Pertinence de l'échantillon théorique .....	33
4.2.4 L'existence d'une étude pilote .....	33
4.2.5 Critère de validation.....	33
4.2.7 La neutralité de l'équipe de recherche .....	33
4.3 VALIDITÉ EXTERNE DES RÉSULTATS .....	33
4.3.1 La prise en charge de la douleur dans la littérature psychiatrique.....	33
4.3.1.1 Difficultés d'évaluation de la douleur .....	33
4.3.1.2 Prise en charge thérapeutique .....	34
4.3.1.3 Démarche clinique globale .....	34
4.3.1.4 Représentations après changements de pratiques .....	34
4.3.2 La prise en charge de la douleur dans la littérature en médecine ...	35
4.4 BIAIS DE L'ÉTUDE .....	35
4.4.1 Biais d'information .....	35
4.4.2 Biais de sélection .....	35
4.4.3 Biais d'analyse.....	36
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>37</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>38</b>
<b>7. ANNEXES.....</b>	<b>40</b>
7.1 GUIDE D'ENTRETIEN .....	40
7.2 VERBATIM DES FOCUS GROUP.....	40
7.2.1 Focus Group 1 .....	40
7.2.2 Focus Group 2 .....	52
7.2.3 Focus Group 3 .....	70

# INTRODUCTION

La douleur est une épreuve universelle et intime. C'est une « impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau » selon Littré. Sa définition officielle actuelle est dérivée d'une première ébauche d'Harold Merskey, médecin maintenant spécialiste de la douleur, qui a consacré sa thèse en 1964 à la douleur dans le contexte de troubles mentaux. Il la définit en ces termes : « An unpleasant experience that we primarily associate with tissue damage or describe in terms of tissue damage or both ». Elle a été précisée aujourd'hui par l'IASP (International Association for the Study of Pain) comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes » (« an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage » (1). La définition esquive toutefois la question de l'origine organique ou psychique. Au-delà du dualisme corps-esprit, lésion sous-jacente ou pas, la douleur est, en effet, une réalité. Reste que la définition de l'IASP reflète une vision dualiste consensuelle : sensation, domaine du physique d'un côté ; émotion, domaine du psychique de l'autre.

Côté patient, la réalité de la douleur bien qu'évidente lorsqu'elle est ressentie, peut être paradoxalement difficile à verbaliser. À la question « Ça fait mal comment? », certains restent perplexes. Des études épidémiologiques et anthropologiques font, bien évidemment, état de variations selon l'âge, le sexe, la culture. La douleur est bien une « sensation qui fait intervenir la subjectivité » (16), un phénomène aux multiples aspects. Il n'en demeure pas moins que la douleur reste une expérience intérieure, dont le vécu est propre à chacun, au point qu'Hannah Arendt a souligné dans *La condition de l'homme moderne* que « l'expérience de la grande douleur physique, est la fois [la] plus privé et [la] moins communicable de [toutes] ». Nous tentons donc parfois de traduire les gestes et les mots du patient douloureux en un « il doit avoir mal », sans jamais toutefois pouvoir accéder à la douleur elle-même. Dans un contexte psychiatrique où ces mêmes mots et gestes sont déjà au cœur de la pathologie mentale, aborder la douleur peut être ici encore plus délicat.

La douleur pose des difficultés de définition tant elle paraît se situer en un point inaccessible, au croisement du cerveau et de l'esprit, à la fois évidente et incommunicable. Comment en parler alors ? Loeser propose de diviser la douleur en trois composantes : la composante sensoridiscriminative détecte le seuil et l'intensité d'une stimulation nociceptive ; la composante émotionnelle définit le caractère désagréable de la douleur ; la composante cognitivo-comportementale traduit les réactions provoquées par la douleur (retrait, expressions faciales douloureuses) (2). Nous verrons en quoi ces composantes sont présentes dans l'étude.

Enfin, il semble nécessaire de rappeler que la prise en charge contre la douleur est devenue récemment une « lutte contre la douleur » et une priorité gouvernementale. Cette reconnaissance dans le domaine de la psychiatrie reste relativement peu importante médiatiquement ; elle se traduit toutefois en pratique par une mise en place de protocoles et de leur évaluation. Il n'empêche, cette idée qu'il faut lutter contre la douleur n'a pas été une évidence de tout temps. Elle est bien le fruit de son époque, d'une élaboration progressive et, partant, de la construction d'un discours médical par rapport au phénomène douloureux. C'est encore plus récemment en psychiatrie que le patient est apparu avec son corps et ses douleurs.

# 1. PROBLÉMATIQUE

L'étude actuelle de la douleur semble reproduire un dualisme : d'un côté, un abord physiologique, de l'autre un phénomène clinique. Néanmoins, nous évoluons aujourd'hui selon un référentiel moniste, « la douleur n'[étan]t jamais seulement qu'une histoire de système nerveux » d'après la formule de P. Svandra.

Constatons d'entrée de jeu que la douleur est un phénomène ressenti individuellement mais construit socialement. La vision de cette manifestation a été influencée par les conventions religieuses, sociales voire des dispositifs politiques, autant d'éléments qui reflètent le rapport que l'homme entretient avec son corps. Replacer la douleur dans une perspective historique, c'est contrevenir d'une certaine façon au fait que la douleur n'est qu'une histoire de système nerveux. C'est aussi constater que la santé mentale n'a vu que très récemment la personne atteinte de troubles mentaux comme une personne en chair et en os, dont le corps, bien qu'apparemment indifférent, est aussi vulnérable que celui des autres.

## 1.1 CONSTRUCTION DE LA NOTION DE DOULEUR DANS LE DISCOURS MÉDICAL

Durant l'Antiquité, la douleur est un instrument de connaissance du corps dont une des ambitions est la connaissance de la réalité. Avec son corpus hippocratique, Hippocrate (460-377 av. J.-C.) avance une interprétation de la douleur comme signe, dans la temporalité où elle intervient. Guidant la réflexion du médecin, la parole du patient est écoutée et rationalisée. L'étiologie de la douleur est connue à l'époque comme une théorie répondant aux principes de contraires et de semblables causée dans des *Lieux dans l'homme* « par le froid et par le chaud, et par l'excès et le défaut » (3), et dans *De l'ancienne médecine* par un déséquilibre dans le mélange des humeurs.

Au premier siècle après Jésus-Christ, chez le médecin romain Celse, le pronostic contribue au diagnostic. Ainsi, le sens de la douleur n'est pas qu'un signe annonciateur de telle ou telle maladie, « elle est déjà la maladie » (3). Au deuxième siècle, Galien élabore une partie de son travail sur la sémiologie de la douleur et son substrat physique. Il en décrit finement les types cliniques selon leur degré, leurs nuances ou leur mode d'extension : pulsative, gravitative, pongitive etc. Sa représentation de la douleur renvoie à un nerf trop tendu, à l'image des cordes d'une cithare. Son travail sur l'anatomie le fait souscrire à une distinction fonctionnelle entre nerf moteur et nerf sensitif fondée sur la structure. Les nerfs moteurs sont durs, les nerfs sensitifs sont mous : « Le mou est plus propre à subir une impression, et le dur à agir » (3). La définition de la douleur possède chez lui une double origine : pour l'une, renvoyant au tempérament individuel capable de provoquer une douleur par une altération de son mélange seul (chaud, froid, sec, humide), indépendamment de toute cause extérieure ; pour l'autre, renvoyant à une cause extérieure qui vient léser un organe et provoque une solution de continuité dans le corps. Quant à la notion d'organe affecté, elle permet à Galien de s'émanciper de l'héritage hippocratique et de sa vision unitaire du corps. Galien considère en effet que le symptôme douloureux est un signal d'alerte d'un organe malade : « La nature a un triple but dans la distribution des nerfs : elle a voulu donner la sensibilité aux organes de perception, le mouvement aux organes de locomotion, et à tous les autres la faculté de reconnaître les lésions qu'ils éprouvent ». Il travaille sur le support physiologique de la nociception et pose « les trois conditions de la perception : un organe qui reçoit les impressions venues de l'extérieur, une voie de passage

et un centre organisateur qui transforme la sensation en perception consciente » (3).

Un préjugé tenace veut souvent accrédi-ter à la suite de l'Antiquité la maturation d'une époque médiévale sombre où le christianisme concrétise une certaine complaisance dans la représentation de la douleur et pousse, par là même, vers une esthétique doloriste des corps meurtris. Est-ce réellement le cas ? Il paraît évident que la position chrétienne vis-à-vis de la douleur, « à la fois châ-timent de Dieu et signe d'une élection particulière qui appelle sa récompense dans l'au-delà, pouvait renforcer l'indifférence stoïcienne à la douleur » (3).

Avec la Réforme, un regard nouveau se porte sur l'individu et l'expérience intime. La Réforme semble avoir inauguré un nouveau rapport au corps qui devient non seulement objet de discours de la médecine mais aussi de l'individu lui-même, donc propice à l'analyse : « Je suis moi même la matière de mon livre », écrivait Montaigne. Il est maintenant question de délimiter « son for intérieur, de voir son corps non pas comme une simple enveloppe charnelle (...) transfigurée par ses souffrances (...) mais un corps assumé dans la vérité de ses sensations » (3). Le souci de la connaissance de soi témoigne d'un renouveau et se reflète par la suite dans l'apparition d'une nouvelle solution quand la douleur se présente : ni résignation, ni valorisation, mais recherche de remèdes.

Le questionnement de Descartes sur la sensation et, particulièrement sur la douleur, révèle la délicate question de l'union de l'âme et du corps. Il travaille sur les douleurs de membre fantôme et conclut comme Ambroise Paré avant lui que la douleur siège dans le cerveau. Il en fait une entité réelle, une modalité de diverses sensations possibles au même titre que le plaisir. Il n'y a pas de douleur imaginaire, c'est une perception de l'âme. Ce centre de toutes les sensations, Descartes le fait siéger dans un « sensorium commune » (la glande pinéale) au centre du cerveau. Mieux, « c'est par l'expérience de la douleur que l'existence du corps auquel elle est unie, est confirmée, de même que les corps extérieurs » (3). Il postule donc la possibilité de localiser la fonction cérébrale et utilise l'image de la machine – une cloche, une fontaine à eau, un automate ou un orgue – afin de comprendre la transmission du mouvement ou de la sensation : « Quand je ressens une douleur au pied (...), ce sentiment se communique par le moyen des nerfs dispersés dans le pied (...), qui lorsqu'ils sont tirés, tirent aussi en même temps l'endroit du cerveau (...) auquel ils aboutissent ». Ce modèle explicatif devient « le modèle d'intelligibilité du vivant ».

La douleur est alors comme le produit d'une interaction entre deux systèmes sensitif et moteur, une alarme qui avertit le corps afin de permettre le retrait du danger. La problématique de la douleur « se laïcise » et se pose pour le médecin en dehors de questions religieuses ou métaphysiques. Elle est utile : « Amie sincère, elle nous blesse pour nous servir » (4). La médecine du XVII<sup>e</sup> siècle se dégage de certaines notions galéniques et, bénéficiant des révolutions en physique, conçoit de nouvelles méthodes de recherche. Les travaux de T. Willis permettent notamment de poser les bases d'une neuroanatomie (classification des nerfs crâniens, distinction substance blanche-substance grise, multiples fonctions cérébrales) et ses travaux sur le mouvement réflexe comparent le nerf non plus à une corde qui se tend ou un tuyau d'orgue mais à une mèche de feu d'artifice.

L'étude contemporaine de la douleur s'enfonce plus loin dans les tissus à la fois à l'échelle macroscopique (mise en évidence de fibres nerveuses spécialisées par exemple) et microscopiques (à l'échelle de la synapse). Désormais, elle n'est plus uniquement un symptôme mais un processus neurophysiologique.

## 1.2 FORMATION ET LA MODULATION DE LA DOULEUR

### 1.2.1 FORMATION DE LA DOULEUR

La douleur est le résultat de quatre processus : transduction, transmission, modulation, et enfin perception. La transduction est la traduction chimique d'un stimulus extérieur (thermique ou mécanique) en message électrique ou chimique par la libération de substances algogènes (ions H<sup>+</sup> K<sup>+</sup>, leucotriène, sérotonine) au niveau des terminaisons nerveuses spécialisées des fibres amyéliniques (5).

Le message douloureux se propage en trois temps : de ces fibres à la moelle, puis au thalamus et enfin au cortex. Ces fibres sont dites Ad et C (par opposition à Ab qui transmet la sensibilité proprioceptive et tactile). Elles se projettent vers le système nerveux central par les racines rachidiennes postérieures et forment la voie spinothalamique à partir d'un deuxième neurone. Il se projette entre la moelle et le thalamus, mais aussi dans différentes régions du TC jouant un rôle dans la modulation de la douleur (SGPA – substance grise péri-aqueducale – et noyau du raphé). Le troisième neurone poursuit la voie spinothalamique en envoyant des fibres des noyaux thalamiques. D'une part, les noyaux du complexe ventro-basal projettent à leur tour vers le cortex neurosensoriel (S1 et S2), ce qui traite la composante sensoridiscriminative de la douleur (localisation et intensité). D'autre part, les noyaux thalamiques centro-médians, contenant plus de la moitié de neurones de type nociceptif projettent vers des structures limbiques (Cortex Cingulaire Antérieur) et le lobe frontal, ce qui y associe une composante motivo-affective, c'est-à-dire liée à la sensation désagréable et au désir d'y échapper. La transmission fait déjà une dissociation anatomo-physiologique entre la qualité sensorielle et la composante affective de la douleur.

La modulation de la douleur correspond aux influences excitatrices et inhibitrices au cours de la transmission dans le système nerveux central.

La perception consiste en la conscience de la douleur influencée par les émotions, les expériences vécues.

### 1.2.2 MODULATION DE LA DOULEUR

On retrouve trois types de mécanismes endogènes de modulation de la douleur. Ils intéressent particulièrement le champ de la psychiatrie ou de la douleur chronique car ils jouent un rôle au niveau de la manifestation et du traitement de la douleur.

La modulation la plus connue est la théorie du portillon de Melzack et Wall, selon laquelle la stimulation des grosses fibres Ab permet le blocage des petites fibres Ad et C. Ce blocage segmentaire (*via* des inter-neurones inhibiteurs) diminue la transmission de la douleur dès son arrivée à la moelle.

Le contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) est un mécanisme, connu depuis 1979 par Le Bars et Dickenson ; il met en jeu des structures du tronc cérébral (noyau du raphé et SGPA). Lors d'une stimulation douloureuse, ces centres envoient des efférences excitatrices aux neurones du segment de moelle stimulé, mais aussi inhibitrices aux autres neurones nociceptifs de la moelle. L'effet sera une activation d'un pool de neurones nociceptifs *versus* une inhibition descendante diffuse des autres neurones. On fait donc ressortir l'activité du pool de neurones nociceptifs. Ainsi, la douleur est produite non seulement par une stimulation nociceptive, mais aussi par une mise en relief entre neurones excitateurs et inhibiteurs. L'activité inhibitrice serait portée par la sérotonine tandis que

l'excitatrice le serait par l'adrénaline.

Enfin, des études sur l'analgésie induite par hypnose par Rainville et Duncan suggèrent que l'activation des centres supérieurs du système nerveux central modulent le vécu de la douleur. L'activation variable des différentes régions plaide pour un système complexe qui jouent sur la composante intensité, affectivité ou mémoire de la douleur.

### 1.3 L'APPARITION DE LA DOULEUR EN SANTÉ MENTALE

Jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup>, le corps du patient atteint de troubles mentaux est quasi inexistant. Ce corps est enfermé, « interné », invisible, ce qui incite à penser que « les fous peuvent supporter indéfiniment les misères de l'existence » ainsi que le décrit Michel Foucault : « La solidité animale de la folie, et cette épaisseur qu'elle emprunte au monde aveugle de la bête, endurent le fou contre la faim, la chaleur, le froid, la douleur » (6).

En effet, malgré le changement de regard sur les « aliénés » et l'ouverture du soin et de l'observation, l'aptitude du « fou » à supporter la douleur est un dogme médical. Pour Pinel, « La folie par tout ce qu'elle peut comporter de férocité animale préserve l'homme des dangers de la maladie, elle le fait accéder à une invulnérabilité semblable à celle que la nature, dans la prévoyance, a ménagé aux animaux » (7). Ce dogme est illustré par les expériences de Pellizi puis Kraepelin qui décrit, au début du XX<sup>e</sup> siècle des cas d'indifférence et d'automutilation : « Ils se font des blessures, se brûlent eux-mêmes avec leurs cigarettes » .

Cette attitude d'indifférence ou ces comportements d'automutilation peuvent avoir des conséquences somatiques graves. En 1959, Marchand et *al.* rapportent que seuls 37 % des patients schizophrènes expriment une douleur en lien avec une perforation d'ulcère gastrique, 21 % en lien avec une appendicite aiguë et 18 % en lien avec un infarctus du myocarde. Hussard et *al.* travaillent quant à eux en 1966 sur une population de patients schizophrènes dont un tiers des patients de plus de 40 ans étaient morts brutalement. Les autopsies montraient que la majorité des décès étaient causés par un infarctus du myocarde silencieux. La réduction de la réactivité à la douleur a été observée dans des cas variés de pathologies : fractures, brûlures, cancer, mégacôlon, arthrose, mais aussi lors de douleurs provoquées par les soins : rares plaintes durant les sutures, faibles plaintes douloureuses post-opératoires, faibles plaintes douloureuses post-ponction lombaire (8). Dworkin et Calligor entre autres mettent en évidence des résultats similaires concernant les douleurs chroniques : les plaintes douloureuses sont plus faibles chez les patients schizophrènes que chez les patients présentant d'autres pathologies mentales.

Des travaux expérimentaux sont menés depuis les années 1930 afin d'expliquer cette apparente indifférence à la douleur : utilisation de stimulations telles que le froid, la piquûre, la pression, le pincement. On peut contester la validité de ces travaux eu égard à la faible puissance des études (faiblesse des échantillons statistiques), aux erreurs de méthodologie et à leur caractère éthique discutable (9). En 1964, Bleuler précise la notion en utilisant l'expression « analgésie fréquente sans anesthésie » (6). Fishbain, quant à lui, postule en 1982 que l'insensibilité est due aux neuroleptiques. Pourtant, beaucoup décrivent le phénomène avant l'introduction de traitements médicamenteux. En 1984, Willer étudie la relation entre le réflexe de retrait et la perception subjective de la douleur. Il ne trouve aucune différence entre les patients schizophrènes et les témoins et conclut à l'efficacité analgésique des traitements neuroleptiques pris par les patients (10). La question d'une participation des neuroleptiques comme facteur confondant ne semble pas résolue, la prise d'antipsychotiques n'explique pas tout sur la diminution de la réponse douloureuse.

En 2008, une méta-analyse conclut que les patients schizophrènes ont bien une réponse diminuée à la douleur en condition expérimentale (11). Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer ce phénomène. Chatuverdi et Davis postulent une altération du système endogène des opioïdes après avoir observé une normalisation de la perception douloureuse suite à l'administration de naltrexone (11,12).

L'étude des systèmes endogènes de modulation de la douleur faite par Julien, Marchand et Potvin retrouve une efficacité comparable des systèmes d'inhibition de la douleur chez les groupes témoins et patients. Cependant, ils retrouvent un déficit des systèmes excitateurs de la douleur chez le patient schizophrène (13, 14). La seconde partie de cette étude conclut que dans la schizophrénie, on retrouve une augmentation de l'amplitude du réflexe nociceptif associée à une absence de réponses subjectives : « La moelle s'active davantage, les patients n'ont pas l'impression d'avoir plus mal, ce qui gère que l'absence de sensibilisation à la douleur serait supra-spinale et non pas spinale ». L'hypoalgésie ne s'expliquerait donc pas par une hyperactivité des systèmes inhibiteurs, mais par une absence d'amplification de la réponse. En d'autres termes, les patients schizophrènes pourraient être qualifiés de « réfractaires à la sensibilisation centrale de la douleur » (11).

L'hypothèse physiopathologique la plus récente permet d'expliquer une part de l'hypoalgésie apparente des patients schizophrènes. La question des mécanismes en cause dans la réactivité face à la douleur n'a pas trouvé aujourd'hui de consensus. Les implications de ce phénomène peuvent être importantes : perte de chance du patient lors de pathologie grave, renforcement d'une attitude d'indifférence du soignant face à la douleur du patient.

## **1.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN PSYCHIATRIE**

### ***1.4.1 UN CONSTAT DE PERTE DE CHANCE***

Les patients atteints de troubles mentaux ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 20 % par rapport à la population générale (15). Ils souffrent en effet plus de comorbidités liées au diagnostic retardé ou au suivi erratique – seuls 30 % des patients psychotiques ont un suivi somatique régulier. En 2005, une enquête nationale montrait ainsi que 69 % des soignants d'unités de psychiatrie estimaient que la prise en charge des troubles somatiques n'était pas satisfaisante (16).

Entre 1998 et 2010, trois plans nationaux de lutte contre la douleur ont été mis en place. Ils concernent l'égalité des soins et mettent l'accent sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez les personnes vulnérables (personnes âgées ; handicapées). Les patients de psychiatrie peuvent être plus ou moins inclus en filigrane dans cette population mais aucun item ne les nomme alors expressément. En 2007, l'enquête de l'ANPSSSM (Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale) montrait que 70 % des soignants étaient confrontés à des patients schizophrènes douloureux. Or, « les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladies mentales ont été oubliées, alors que ces populations sont très concernées par la douleur : dans une enquête récente un jour donné dans un établissement psychiatrique, 60 % des 245 patients hospitalisés se plaignaient de douleur, et celle-ci n'avait été évaluée que chez 14 % d'entre eux » (17).

Après la mise en évidence de la nécessité de prendre en charge la douleur en psychiatrie, on peut maintenant travailler sur les réponses nécessaires à apporter à chaque

patient. Le plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 conclut : « Un travail sur le type d'instrument de mesure adapté aux différentes pathologies psychiatriques est indispensable » (18).

#### ***1.4.2 CADRE LÉGAL***

La prise en charge de la douleur chez les populations vulnérables est prise en compte, le soulagement de la douleur est un droit fondamental pour toute personne. La loi du 4 mars 2002 intègre dans le cadre légal une obligation de prise en charge de la douleur : « 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 » (19). C'est la certification des établissements qui ancre et norme concrètement la prise en charge de douleur dans tous les établissements de santé ; elle inclut indistinctement les hôpitaux généraux et psychiatriques. Introduite en 1996 (ordonnance n° 96-346 du 24 avril), elle vise à évaluer « la qualité et la sécurité des soins dispensés ». Elle inclut dans ses thèmes (V2010 et V2014) des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) dont fait partie la prise en charge de la douleur.

Sur le plan pratique, cette PEP s'articule selon trois axes consécutifs : prévoir, mettre en œuvre et évaluer. En d'autres termes, concernant la douleur, cela suppose de revoir des protocoles et la mise en place d'un CLUD, de mettre en œuvre des formations, une traçabilité de la prise en charge dans le dossier, et, enfin, d'évaluer à travers l'appréciation de l'utilisation des outils, le partage d'expériences etc .

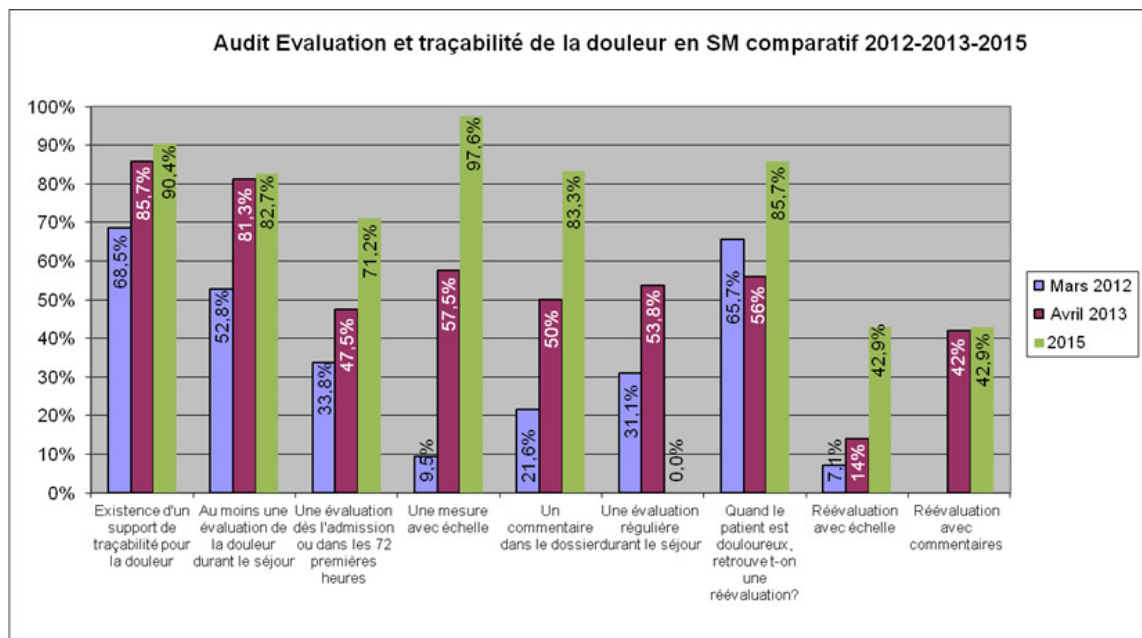
La Fédération française de psychiatrie et le conseil national professionnel de psychiatrie ont émis en juin 2015 un guide de recommandations de bonne pratique en psychiatrie dans lequel un souci du corps du patient est présent. On y trouve une partie sous-titrée « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique ». Lors des hospitalisations, il est précisé qu'une exigence d'« attention particulière » doit être apportée à la symptomatologie douloureuse tout en reconnaissant que la difficulté consiste en une identification de la douleur en elle-même. Le clinicien peut faire la confusion entre les signes cliniques de la maladie et ceux de la douleur. La conclusion de la recommandation indique qu'il faut « savoir décoder l'expression douloureuse d'un patient ».

#### ***1.4.3 PRISE EN CHARGE ACTUELLE***

La prise en charge de la douleur sur le site du CHRU de Bohars est formalisée. Il existe des référents et un protocole : un cadre de santé qualité et sécurité des soins en plus d'un cadre référent douleur, des référents médicaux et paramédicaux dans chaque unité de soins, un médecin somaticien chargé de coordonner « le plan d'actions d'amélioration de l'axe douleur ». Le protocole d'antalgie médicamenteuse pour le patient adulte en psychiatrie a été élaboré et validé par le CLUD du CHU de Bohars en 2013. Le déroulement de ce protocole est chronologique, il débute dès l'entrée du patient : « La douleur doit être systématiquement évaluée dans les 48 premières heures, puis une fois par semaine en dehors de toute plainte douloureuse ». La complexité de l'évaluation de la douleur y est reconnue et le document retient alors trois outils pertinents : l'EVVS, la FLACC et l'échelle d'hétéro évaluation Algoplus. Après évaluation, le recours à un traitement antalgique médicamenteux se fait selon l'intensité correspondante en employant un antalgique de pallier 1, 2 ou 3, avec appel au médecin. La douleur est ensuite réévaluée et tracée dans le dossier du patient. Des formations annuelles institutionnelles ou spécifiques (DU Douleur) viennent compléter cette mise en œuvre.



La certification V2014 établit un niveau d'exigence B vis-à-vis « Prise en charge de la douleur » en santé mentale (item 12.a) pour le CHRU de Brest. Elle reconnaît une démarche institutionnelle globale en cours d'amélioration. L'audit 2015 sur la prise en charge de la douleur au CH Bohars marque une amélioration nette des marqueurs de prise en charge de la douleur durant tout le séjour. Ainsi, l'évaluation initiale de la douleur à l'entrée du patient passe de 33 % en 2012 à 71 % en 2015. Pour 82 % des patients, la douleur est évaluée au moins une fois pendant le séjour (contre 52% en 2012). Elle est mesurée par une échelle dans 97 % des cas (9 % en 2012) et est précisée par un commentaire dans 83 % des dossiers en 2015 (contre 21 % en 2012). La réévaluation de la douleur est aussi en cours d'amélioration. Lorsqu'un patient est douloureux, la réévaluation intervient dans 85 % des cas en 2015 (contre 65 % en 2012), utilisant pour 42 % une échelle en 2015 (contre 7 % en 2011).



*Schéma n° 1: Evolution des audits sur la prise en charge de la douleur au CH Bohars en 2012, 2013 et 2015*

## 1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE

### 1.5.1 QUESTION PRINCIPALE

Devant l'amélioration quantitative de la prise en charge de la douleur en psychiatrie, évaluée par les audits, quelles sont les difficultés persistantes du point de vue du soignant ?

### 1.5.2 QUESTIONS SECONDAIRES

Quelles représentations les soignants ont-ils de la douleur du patient ?

Quelles difficultés manifestées dans la mise en œuvre de ces pratiques semblent inhérentes la mise en œuvre d'un protocole ?

### ***1.5.3 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE***

La pathologie du patient et la polysémie que peut recouvrir la douleur rendent son évaluation complexe. Les changements de pratique soulèvent des difficultés associées aux particularités du soin en psychiatrie.

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

### **2.1 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE**

#### ***2.1.1 OBJECTIF DE L'ÉTUDE***

Le but de l'étude est d'explorer les expériences des soignants du centre hospitalier de Bohars dans la prise en charge de la douleur et les facteurs qui affectent l'adhésion aux recommandations actuelles. Ces recommandations sont formulées en termes d'exigences dans la certification (V2010 ou 2014) des établissements de santé.

#### ***2.1.2 JUSTIFICATION DU TYPE D'ÉTUDE***

Le choix du type d'étude s'est porté sur le focus group. C'est une méthode qualitative de recueil des données fondée sur la pratique d'entretiens de groupe, modéré par un animateur neutre et en présence d'un observateur.

Le déroulement d'un focus group nécessite au préalable la détermination d'un thème et d'une trame de questions ouvertes. Le choix des participants et leurs contacts permettent de constituer plusieurs groupes homogènes. La taille de l'échantillon optimale doit être de 6 à 8 personnes. Tous les propos des participants sont anonymes et chacun doit garder confidentiels les propos entendus. En exposant un éventail d'idées, d'expériences, de réactions, de besoins, d'attentes et de représentations, ce type d'étude permet d'approfondir la compréhension d'un problème complexe, sans recherche d'un consensus.

Elle peut cependant comporter plusieurs biais : la sélection des participants se fait sur la base du volontariat, la mise en place de l'étude peut se révéler difficile, surtout si les participants ont des emplois du temps chargés. Enfin, la participation orale au sein du groupe d'entretien peut exposer à des digressions, des temps de parole différents selon la personnalité des participants (longue prise de parole ou au contraire très peu de prise de parole), ce qui peut influencer sur le contenu global de l'entretien.

### **2.2 RECUEIL DES DONNÉES**

#### ***2.2.1 THÈMES ET ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN***

Le guide d'entretien s'est basé sur un canevas de questions le plus ouvertes dans la mesure du possible, identiques pour tous les groupes, mais adaptées selon le cours et les échanges durant l'entretien. La première question était très ouverte afin de débiter dans l'échange, puis les autres questions avaient pour fonction d'explorer les thèmes sous-jacents : la mise en œuvre de l'évaluation de la douleur, les difficultés rencontrées, les changements de pratiques.

#### ***2.2.2 ÉCHANTILLONNAGE ET CRITÈRES D'INCLUSION***

Tous les infirmiers, médecins et cadres ont été sollicités pour participer à cette étude. Les participants ont reçu une information écrite (envoi d'une affiche informant de l'étude dans les services puis passage dans les services pour distribution d'un courrier individuel quand cela était possible). Les médecins de l'hôpital communiquant plutôt par mail, il a été décidé de faire appel à cette technique pour les contacter. Un courriel a été ainsi envoyé aux

praticiens des services intrahospitaliers ainsi qu'aux internes en poste en intrahospitalier.

Les critères d'inclusion pour les trois groupes étaient qu'ils devaient être rattachés au centre hospitalier de Bohars. On a inclus infirmiers, élèves infirmiers et cadres des unités adultes, pédopsychiatrie, gériopsychiatrie, travaillant en hôpital de jour, en visite à domicile ou bien en intrahospitalier. Deux sollicitations ont été faites auprès des médecins ; le nombre insuffisant de volontaires n'a toutefois pas pu permettre de constituer un groupe de discussion.

Les groupes ont été constitués par métier pour éviter les biais d'expression libre liée aux liens hiérarchiques. Aucun accord n'a été demandé auprès d'un comité d'éthique car aucun patient n'a été inclus dans cette étude.

Les interviews se sont arrêtées à saturation de nouvelles données.

### ***2.2.3 DÉROULEMENT DES ENTRETIENS***

Tous les participants étaient volontaires. Le lieu de l'entretien était neutre (salle de réunion) mais sur le site de l'hôpital.

Le focus group débutait par une discussion informelle puis le sujet de l'étude était présenté. Il a été rappelé que l'entretien se fondait sur la dynamique de groupe et que le but était de stimuler différents points de vue, connaissances, expériences. Les participants étaient assurés du caractère confidentiel de la discussion. Il leur a été demandé de confirmer leur accord pour enregistrer l'entretien. Le temps de l'entretien a été limité à une heure.

Deux organisateurs sont intervenus durant les trois entretiens. Un modérateur (BM) avait la responsabilité de mener le déroulement du focus group et un observateur (ALB) s'assurait de l'enregistrement et de la prise de notes.

## **2.3 ANALYSE DES DONNÉES**

### ***2.3.1 RECUEIL ET TRANSCRIPTION DES DONNÉES***

L'analyse des données a commencé le 2 juillet 2016, après le déroulement du deuxième focus group, et s'est terminé le 13 juin 2017. Cette phase d'analyse a été précédée d'une phase de collecte. Les données ont été enregistrées sur dictaphone numérique puis transcrites en verbatim, c'est à dire mot-à-mot, sans aucune modification, dans un logiciel de traitement de texte (Open Office Writer).

Pour information, les paroles du modérateur ont été écrites en italique et séparées des réponses des participants afin de mieux dégager le cours de la discussion ; elles n'ont pas été l'objet d'une analyse. Les comportements non verbaux (gestes, rires, hésitations) ont été précisés entre parenthèses, quand cela pouvaient modifier le sens des propos des participants. Une prise de notes a également été effectuée pendant le focus group, permettant d'insister au moment du debriefing sur des points importants.

### ***2.3.2 ANALYSE DES DONNÉES***

L'analyse des données a été faite avec l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo N6.

Le processus de codage de données se base sur le modèle de la théorie fondée (ou « grounded theory »), sous-entendue fondée par les données recueillies. Le codage ouvert est la première étape. La lecture des verbatims a permis de dégager de multiples propos redondants qui sont alors assimilés à un item. Les multiples items obtenus lors du codage ouvert sont ensuite eux-mêmes regroupés et articulés sous des concepts plus larges . C'est l'étape du codage axial et sélectif qui a pour rôle d'organiser hiérarchiquement des sous-catégories et des catégories de données.

L'exigence de simultanéité dans la phase de collecte, de codage et d'analyse a été remplie. Grâce à la période de plusieurs mois entre le deuxième et le troisième focus group, on a pu collecté, codifier et analyser en même temps.

Le critère de validation de cette méthode est la saturation des données c'est à dire la redondance de propos qui n'ajoutent pas de nouvelles idées à la trame déjà construite. La saturation des données au bout de trois focus groups a permis l'arrêt du recueil de données.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1 CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Les données ont été recueillies à travers trois focus group qui se sont déroulés de juin 2016 à mars 2017 ; soit un groupe de cadres de santé et deux groupes d'infirmiers, 6 personnes par groupe et, partant, 18 participants.

Les focus group ont été conduits sur le site du centre hospitalier et pendant les heures de travail afin de faciliter la participation pour le personnel. Les trois groupes devaient être initialement composés de cadres, infirmiers et médecins. Par manque de volontaires dans le groupe médecin, il a été décidé de constituer un troisième focus group d'infirmiers. La planification du groupe a dû être faite à deux reprises (manque de volontaires la première fois).

\* *Groupe 1 cadres de santé* [nombre de participants : 6 ; réalisé le 3 juin 2016 ; durée : 56 minutes]

	<b>Sexe</b>	<b>Profession</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Lieu d'exercice</b>
<b>Participant n° 1</b>	Homme	Cadre de santé		Intrahospitalier
<b>Participant n° 2</b>	Femme	Cadre de santé		Intrahospitalier
<b>Participant n° 3</b>	Femme	Cadre de santé		Intrahospitalier
<b>Participant n° 4</b>	Femme	Cadre de santé		Intrahospitalier
<b>Participant n° 5</b>	Femme	Cadre de santé		Intrahospitalier
<b>Participant n° 6</b>	Homme	Infirmier	Référent douleur	Intrahospitalier

\* *Groupe 2 infirmiers, 1<sup>ère</sup> session* [nombre de participants : 6 ; réalisé le 10 juin 2016 ; durée : 1 h 05]

	<b>Sexe</b>	<b>Profession</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Lieu d'exercice</b>
<b>Participant n° 1</b>	Femme	Infirmier		Intrahospitalier
<b>Participant n° 2</b>	Femme	Infirmier		Intrahospitalier
<b>Participant n° 3</b>	Femme	Infirmier	Élève infirmier	Intrahospitalier
<b>Participant n° 4</b>	Femme	Infirmier	Élève infirmier	Intrahospitalier
<b>Participant n° 5</b>	Femme	Infirmier	Élève infirmier	Intrahospitalier
<b>Participant n° 6</b>	Femme	Infirmier	Élève infirmier	Intrahospitalier

\* *Groupe 3 infirmiers, 2<sup>e</sup> session* [nombre de participants : 6 ; réalisé le 17 mars 2017 ; durée :

1h]

	<b>Sexe</b>	<b>Profession</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Lieu d'exercice</b>
<b>Participant n° 1</b>	Femme	Infirmier	Référent douleur	Intrahospitalier
<b>Participant n° 2</b>	Femme	Infirmier		Extra hospitalier
<b>Participant n° 3</b>	Femme	Infirmier	Référent douleur	Intrahospitalier
<b>Participant n° 4</b>	Femme	Infirmier	Référent douleur	Intrahospitalier
<b>Participant n° 5</b>	Homme	Infirmier	Référent douleur	Intrahospitalier
<b>Participant n° 6</b>	Femme	Infirmier		Intrahospitalier

### 3.2 RÉSULTATS EN CODAGE AXIAL ET OUVERT

Un premier codage a permis de désigner une multitude d'idées se regroupant sous un intitulé précis. À la fin de ce codage, dit « ouvert », on a obtenu un ensemble de données descriptives. Prenons un exemple : aux lignes 6-7 du Focus Group n° 1 (dénommé désormais FG1), on lira : « On leur demande de coter de 0 à 4 et ils le font assez facilement » et on codera cette donnée sous l'item « Échelles quantitatives : EVS et EN ».

<b>Codages ouverts</b>	<b>[n °FG : n °ligne]</b>
<b>Échelles quantitatives : EVS et EN</b>	<b>[FG1 : 6-7] [FG1 : 124-126 ] [FG3 : 27]</b>

Par la suite, on a procédé à un deuxième codage permettant d'ordonner et d'analyser thématiquement les codages ouverts. Ce codage, dit « axial », a eu pour but de montrer des liens et de hiérarchiser ces données semi-brutes.

<b>Codages axiaux</b>		<b>Codages ouverts</b>	<b>[n °FG : n °ligne]</b>
<b>Outils d'évaluation multiples</b>	<b>Échelles d'évaluation</b>	<b>Échelles quantitatives : EVS et EN</b>	<b>[FG1 : 6-7] [FG1 : 124-126 ] [FG3 : 27]</b>

Les codages axiaux ont été eux-mêmes regroupés au sein de la grille de questions ouvertes pratiquée à chaque entretien.

<b>Codages axiaux</b>			<b>Codages ouverts</b>	<b>[n° FG : n ° ligne]</b>
<b>Variée en pratique</b>	<b>Outils d'évaluation multiples</b>	<b>Échelles</b>	<b>Échelles quantitatives : EVS et EN</b>	<b>[FG1 : 6-7] [FG1 : 124-126] [FG3 : 27]</b>

Tableau 1: Exemple de codage axial autour du thème de l'évaluation de la douleur

La mise en forme des résultats sous forme de tableaux a permis d'explorer les différentes dimensions de la problématique abordée en entretien : la douleur chez le patient, la représentation de l'évaluation de la douleur, les difficultés de l'évaluation de la douleur, la prise en charge thérapeutique de la douleur, la représentation vis-à-vis des changements de pratiques et les attentes concernant la prise en charge la douleur.

### 3.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les trois focus group ont permis d'identifier des représentations, des expériences et des savoirs sur le thème de la prise en charge de la douleur en service de psychiatrie. Le groupe 1 a permis d'aborder davantage les thématiques de la certification et des changements observés après certification. Le groupe 2 a abordé plus abondamment la dimension clinique de la douleur et les difficultés liées à son évaluation, tandis que le groupe 3 s'est plutôt concentré sur les possibilités d'amélioration.

#### 3.3.1 REPRÉSENTATIONS DE LA DOULEUR

La douleur peut être un reflet extérieur d'un « état psychique » intérieur. Du même coup, cette définition de la douleur conduit à une pierre d'achoppement essentielle : comment un soignant peut percevoir un état psychique à partir de son reflet extérieur ? Il peut interposer un outil d'évaluation, qui permet d'attribuer une intensité objective à la douleur. Mais, lors de l'échange « en direct » avec le patient, cette douleur reste inquantifiable. Elle apparaît au soignant comme un phénomène à transformer pour qu'il signifie quelque chose de particulier. La douleur peut être ainsi, soit une adresse au soignant ou, de façon moins élaborée, l'unique possibilité physique de communiquer.

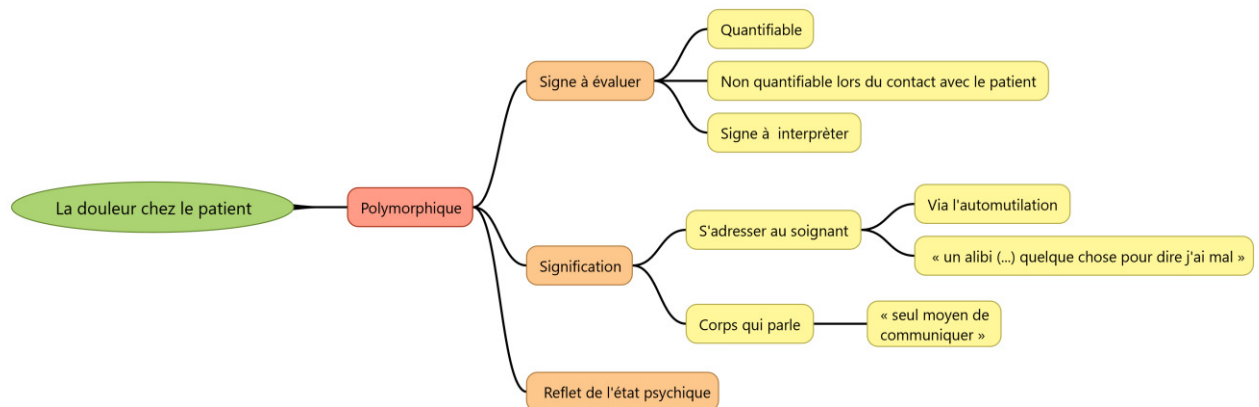


Schéma 1: La représentation de douleur du patient

#### 3.3.2 L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Logiquement, l'évaluation de la douleur répond d'une part à la protocolisation déjà implantée en hôpital général, et d'autre part au grand nombre de questions face au phénomène douloureux déjà problématique en psychiatrie. D'où une fréquence d'évaluation plus systématisée quoique s'adaptant à l'état et la demande du patient.



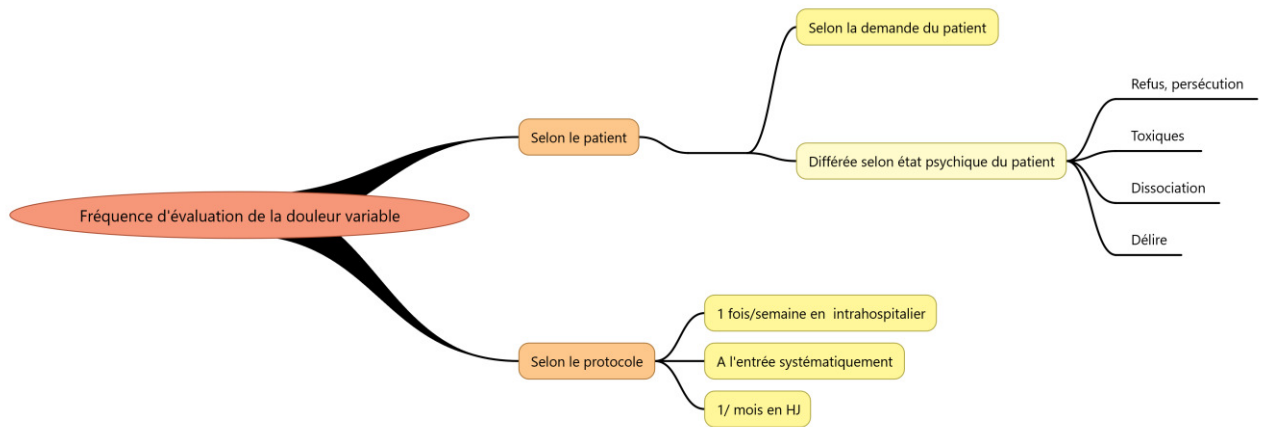


Schéma 2 : Fréquence d'évaluation de la douleur

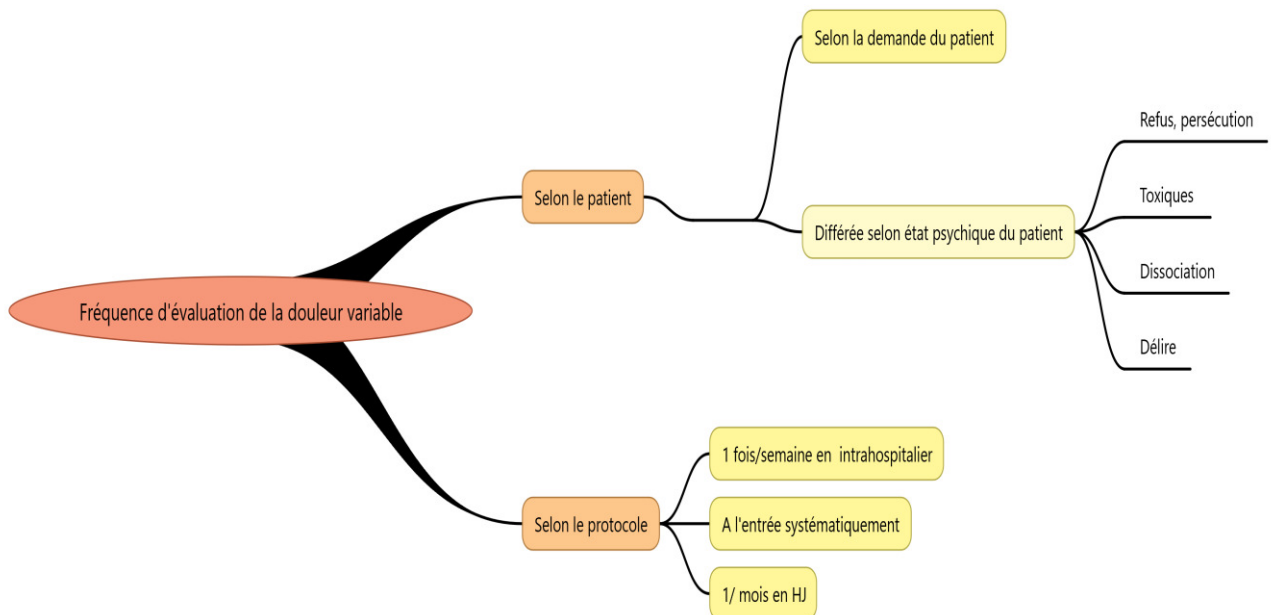
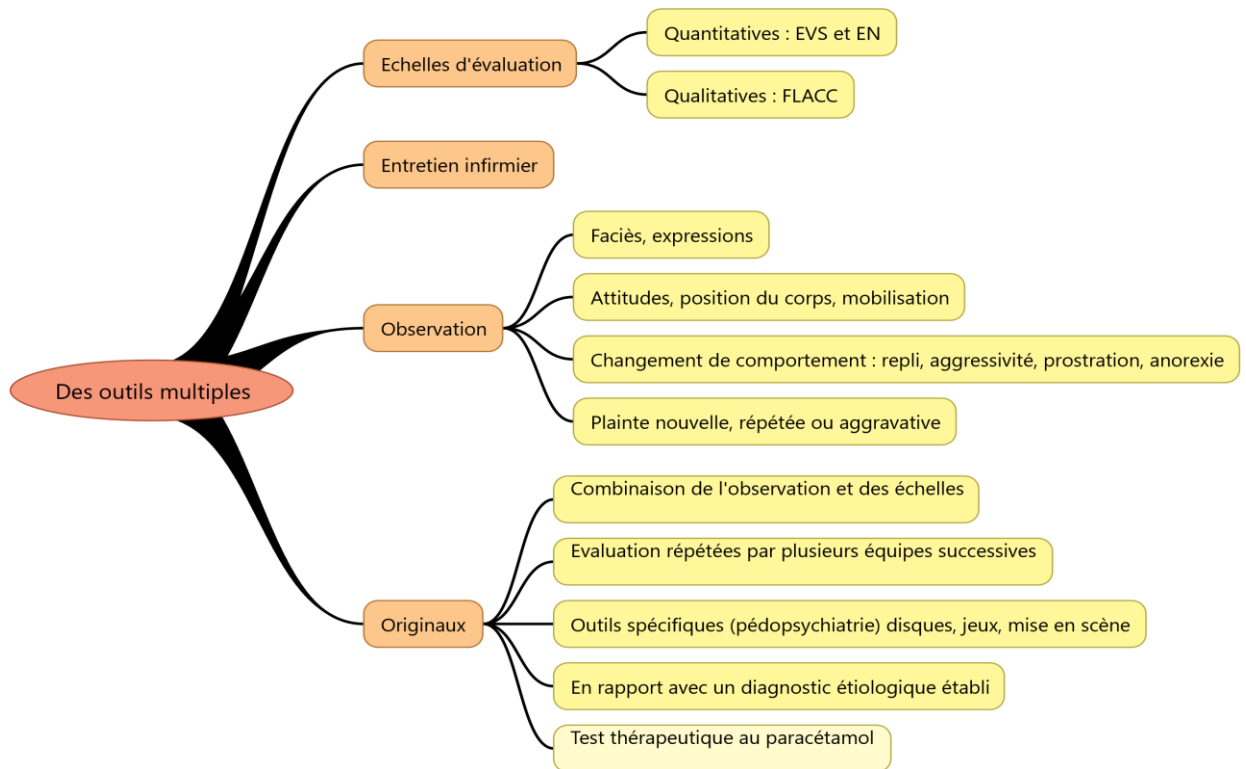


Schéma 3 : Variabilité dans la fréquence d'évaluation de la douleur

La multiplicité des outils illustre l'inventivité des soignants : à côté des échelles standards (EVA, EVS, FLACC) et de l'entretien infirmier, on retrouve un recours à l'observation clinique détaillée mais aussi à l'utilisation d'outils originaux comme des outils spécialisés (en pédopsychiatrie), la combinaison de l'échelle et de l'observation, la répétition de l'évaluation par d'autres soignants, le test thérapeutique au paracétamol et l'évaluation après établissement du diagnostic étiologique.



*Schéma 4 : Des outils d'évaluation de la douleur multiples*

### **3.3.3 LES DIFFICULTÉS D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR**

Les difficultés d'évaluation sont en lien avec l'équivocité de signification de la douleur. Elles ont été rassemblées en trois thèmes : les difficultés liées au patient, aux outils utilisés, à la durée d'hospitalisation.

Les difficultés pour évaluer la douleur sont d'une part liées au patient, d'autre part aux limites des outils d'évaluation. Il apparaît cependant une attitude réactionnelle à ces difficultés cliniques. D'une part, la présence de symptômes ambigus crée la confusion entre symptomatologie douloureuse et psychiatrique. L'expression d'un refus ou d'une persécution entrave la possibilité de détecter la douleur. Ces difficultés sont aussi liées à la présence de comorbidité et à l'âge. D'autre part, l'absence de plainte, de comportement douloureux, un seuil de douleur qualifié d'élevé ou une symptomatologie retardée et atypique s'opposent à la symptomatologie habituelle. Enfin, la durée longue de l'hospitalisation *via* un recrutement de patients souvent qualifiés de « chroniques » complique l'évaluation. La prise en charge psychiatrique étant déjà longue et complexe chez ces patients, tout événement inhabituel devient signe d'alarme.

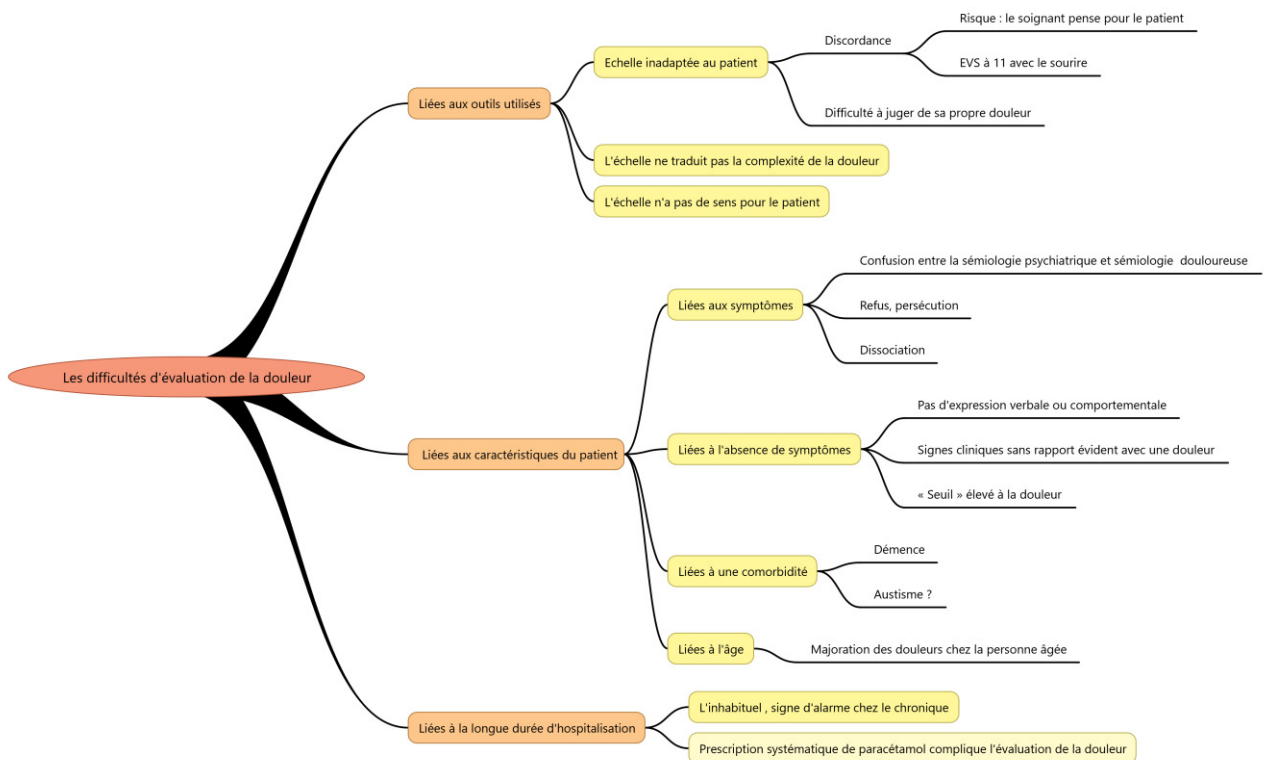


Schéma 5 : Les difficultés d'évaluation

### 3.3.4 RÉACTION DES SOIGNANTS FACE AUX DIFFICULTÉ D'ÉVALUATION

En lien avec ces thématiques descriptives se distingue l'attitude adoptée par le soignant face à des difficultés. Sur un plan individuel, s'il a bien conscience de la difficulté de l'évaluation de la douleur en contexte psychiatrique, il reste parfois étonné devant certaines situations d'« indifférence », et en conséquence, fait part d'une vigilance particulière, en prenant la douleur en compte.

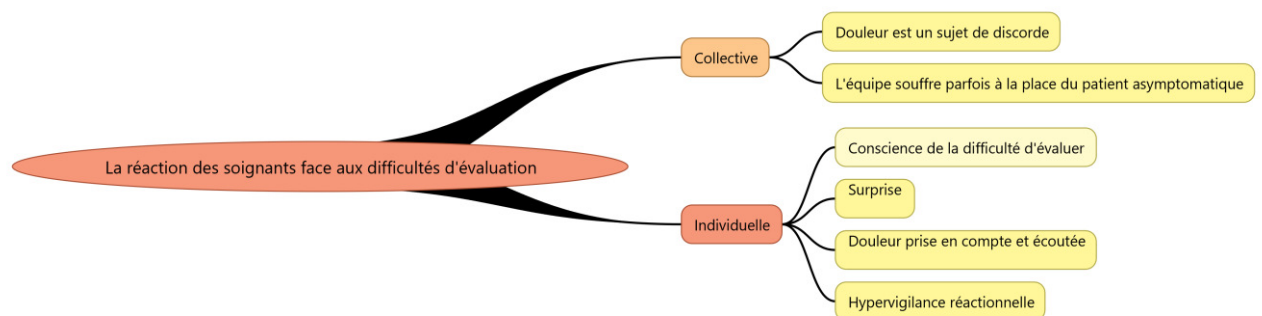
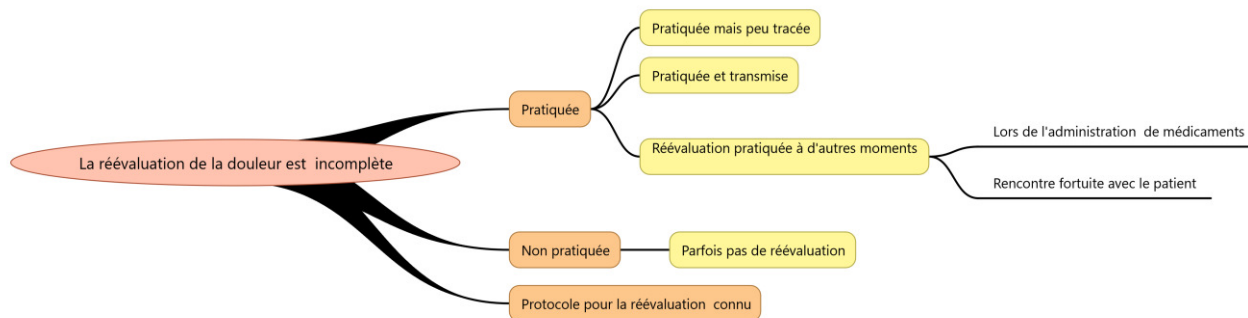


Schéma 6: La réaction des soignants face aux difficultés d'évaluation

### 3.3.5 RÉÉVALUATION DE LA DOULEUR

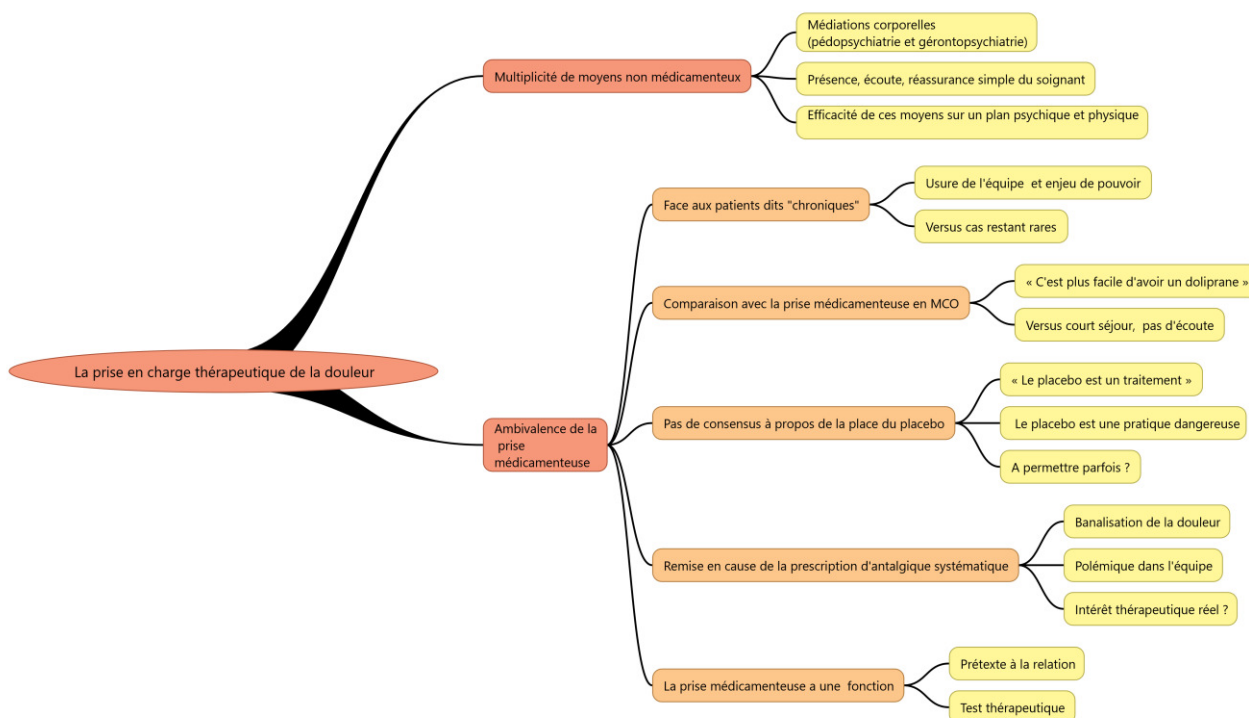
La réévaluation de la douleur constituait un item important également puisqu'elle était considérée comme insuffisante lors de la dernière certification. Les disparités dans les réponses sont importantes : pratiqué ou pas, transmis ou pas, il demeure que le protocole de réévaluation est connu. C'est la traçabilité et le moment de la réévaluation qui ne sont pas en adéquation avec le protocole.



Scéma 7 : La réévaluation de la douleur

### 3.3.6 PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique est d'une part non médicamenteuse ; elle est alors décrite sans difficultés : écoute, présence, médiations corporelles. La thérapeutique médicamenteuse est ambivalente : les difficultés se posent devant les patients dits « chroniques », concernent aussi l'utilisation du placebo et la prescription d'analgique systématique est remise en cause. La prise médicamenteuse est aussi comparée avec celles plus anodine, des services de médecine et se détache clairement en psychiatrie pour les fonctions qu'elle peut avoir.



Scéma 8: La prise en charge thérapeutique de la douleur

### 3.3.7 EFFETS DE LA CERTIFICATION

Les changements de pratique étaient considérés à la fois comme positifs mais aussi porteurs de questions et d'inquiétudes.

D'une part, les changements de pratique, concrétisés par la certification des

établissements de santé, ont imposé une exigence éthique d'accès au soin somatique en santé mentale. La sphère somatique, désormais non plus considérée comme un tabou, a été réintégrée en psychiatrie. La contrainte de la certification a en outre permis de structurer davantage la prise en charge de la douleur *via* le protocole CLUD.

D'autre part, le protocole CLUD, instauré dans la foulée de la certification 2010, a eu des conséquences positives : outils mis à disposition (échelles distribuées dans les services), prescription anticipée de paracétamol, traçabilité de la prise de doliprane, systématisation de l'évaluation à l'entrée, douleur plus évaluée. Enfin, le recours aux antalgiques de pallier 3 est considéré comme plus facile qu'auparavant.

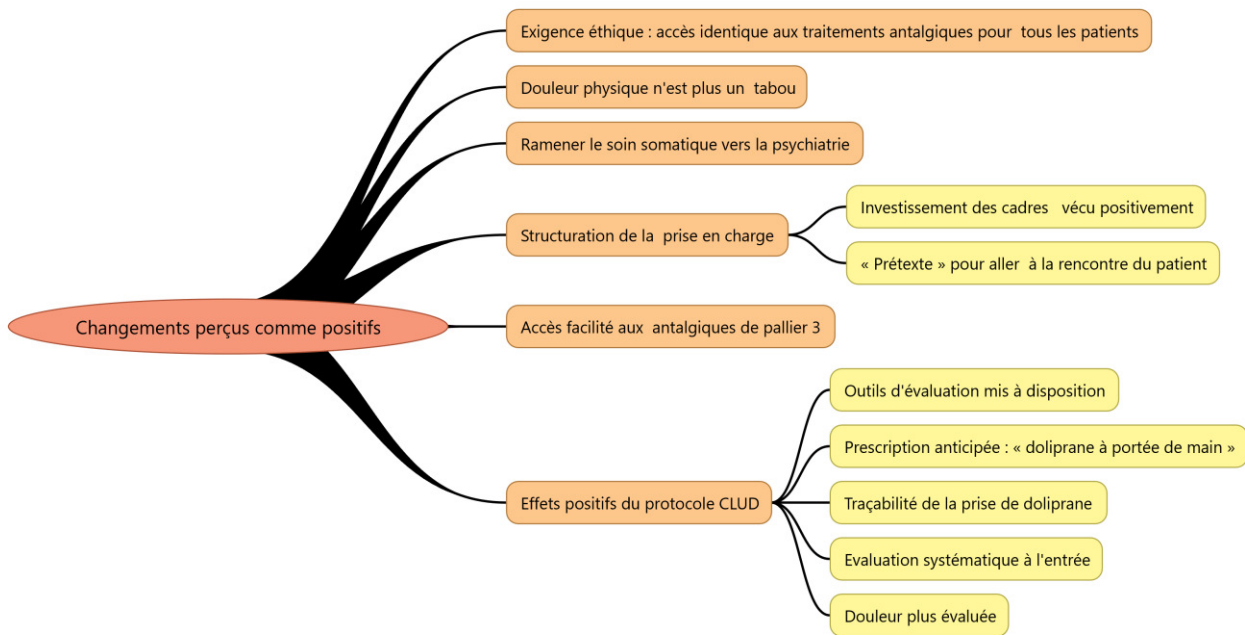


Schéma 9 : Les changements de pratiques perçus positivement

Cependant, des aspects négatifs retiennent aussi l'attention des soignants : le protocole est inadapté à la psychiatrie et les changements de pratiques sont incomplets. La lourdeur administrative est également invoquée. D'autre part, la modification de la formation initiale pose la question d'un changement de culture psychiatrique concomitant.

Enfin, les effets pervers de la protocolisation sont largement évoqués : ils sont non seulement cliniques (induction des réponses et d'angoisses chez le patient psychotique) et posent ainsi la question du sens de l'évaluation pour l'évaluation. Le « protocole pour le protocole » (par exemple lors des évaluations hebdomadaires) n'a plus de sens pour le soignant, il entraîne même le risque d'arrêter de penser.

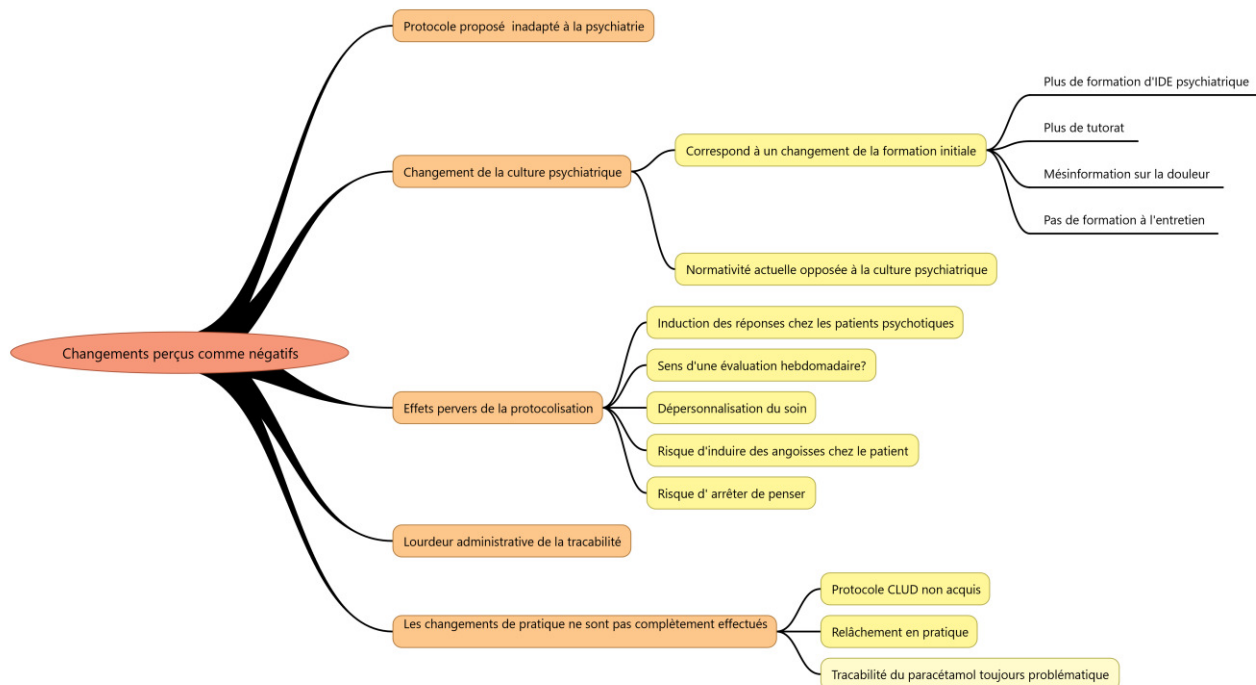


Schéma 10 : Les représentations négatives face aux changements de pratique

Les soignants évoquent par ailleurs des aspects immuables de la prise en charge, non modifiés après la certification : la prise en compte de la douleur dans la prise en charge du patient et l'adaptabilité dont doit faire preuve le soignant n'ont pas changé.

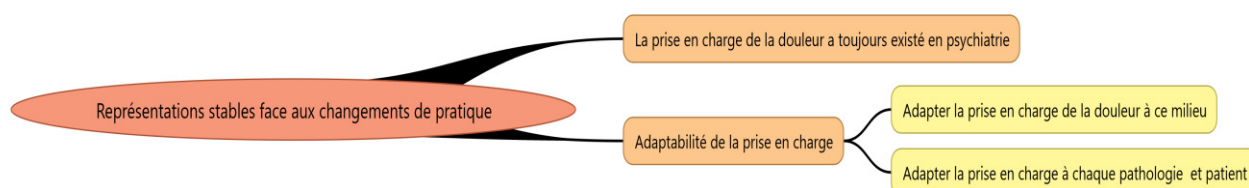


Schéma 11 : Les représentations stables face aux changements de pratique

Les modifications de pratique entraînent des modifications qui s'observent au sein même des équipes soignantes : discordes et changement d'habitudes, les équipes sont dites en souffrance lors du passage d'une pratique à une autre.

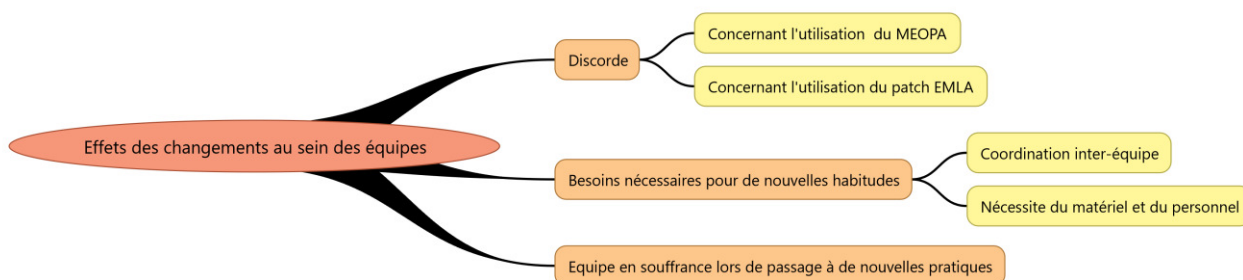


Schéma 12 : Les effets des changements au sein des équipes

### 3.3.8 LES ATTENTES DES SOIGNANTS

Les attentes concernant la prise en charge sont d'une part matérielles (temps, logiciel à améliorer) et d'autre part pragmatiques : coordination et entre-aide entre les services somatiques et psychiatriques, création d'un pôle dentaire sur le site. Il reste que l'attente concerne aussi l'évaluation de la douleur, une forme d'évaluation idéale qui s'affranchirait des limites de l'évaluation actuelle.

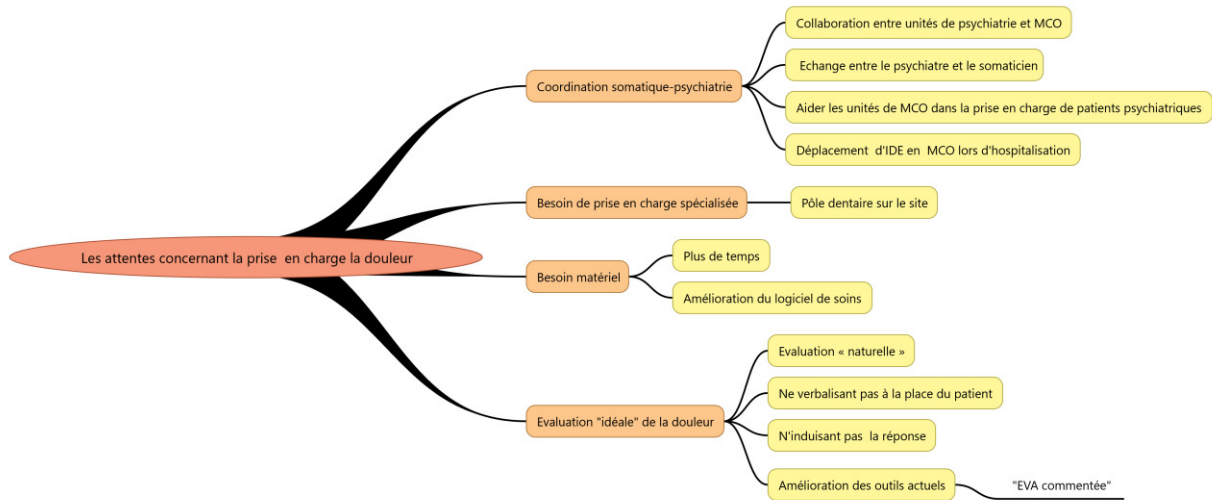


Schéma 13 : Les attentes des soignants

## 4. DISCUSSION

### 4.1 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

La douleur est polymorphique : seule possibilité de communication, adresse au soignant, elle requiert des outils pour sa détection et son évaluation. Malgré l'utilisation d'instruments, les soignants sont confrontés à des difficultés dans la mesure de cette douleur. Les problèmes principaux résident dans la symptomatologie présentée par le patient. L'âge, la présence de comorbidités, l'équivocité entre la clinique douloureuse et psychiatrique, la dissociation, le vécu de persécution, mais aussi l'absence de symptomatologie douloureuse fréquente sont des freins à la détection de la douleur. La durée d'hospitalisation crée aussi un patient dit « chronique » dont la prise en charge douloureuse est plus complexe. La douleur est alors plus « intuitive » : le soignant observe un changement dans le quotidien ; le signal d'alarme, c'est l'inhabituel. Enfin, les difficultés d'évaluation sont liées à l'utilisation d'outils standardisés s'adaptant mal aux extrêmes d'une courbe de Gauss de la douleur. Ainsi, les échelles d'évaluation ne sont pas adaptées, ne sont pas comprises ; elles n'ont même parfois aucun sens pour le patient.

Les soignants, conscients de ces difficultés d'évaluation, témoignent de réactions individuelles et collectives : surprise, hypervigilance, désaccord douleur à la place du patient asymptomatique.

Les représentations liées aux changements de pratique, consécutifs à la certification des établissements, sont doubles. Pour une part, ces changements sont perçus comme positifs. La protocolisation permet de mieux évaluer, traiter et tracer la douleur. La certification a permis de ramener le soin somatique vers la psychiatrie. La douleur physique n'est plus tabou : c'est un enjeu éthique que d'accéder à un soin égal pour tous les patients. La prescription d'antalgiques forts en est, par continuité, facilitée. Mais ces modifications de pratiques sont discutées. Elles sont pour une part, incomplètes. D'autre part, elles sont associées à des inquiétudes. Elles génèrent une lourdeur administrative, plus précisément concernant la traçabilité de la douleur. Les changements de pratique issus d'un protocole général marquent et manquent également les particularités du contexte psychiatrique. De même, la protocolisation est pourvoyeuse d'effets pervers propres à sa mise en œuvre : perte de sens et dépersonnalisation en sont les principaux écueils. Enfin, des inquiétudes distinctes du contexte de la certification comme la modification de la formation initiale et le risque de normativité sont elles reliées à un phénomène latent et complexe, le changement de « culture psychiatrique ».

### 4.2 QUALITÉ ET LA VALIDITÉ INTERNE DES RÉSULTATS

#### 4.2.1 RÉSULTAT DE L'ÉTUDE

Les entretiens ont permis de mettre en évidence les représentations des soignants concernant les aspects cliniques : appréhension de la douleur du patient, difficultés d'évaluation, mais aussi les aspects thérapeutiques pointant des particularités quant à la thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse. L'aspect institutionnel a été aussi abordé : réception du phénomène douloureux dans l'équipe, perception des modifications de pratique, attentes des soignants.

Les entretiens ont, en outre, permis de faire un état des lieux de la prise en charge actuelle de la douleur : moyens mis en œuvre pour l'évaluation et la réévaluation, usage des thérapeutiques.



#### ***4.2.2 PERTINENCE DU TYPE D'ÉTUDE***

D'une part, la méthode du « focus group » permet d'explorer des questions complexes, comme celle de la douleur en contexte psychiatrique qui résiste à une mesure objective et fiable. Des facteurs déterminants ont été évoqués dans le problème de la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la douleur.

D'autre part, la certification récente a modifié les pratiques de soins. Questionner les soignants a permis de recueillir leurs expériences et leurs questions vis-à-vis de ces changements.

L'étude a également permis d'entendre des attentes et des idées d'amélioration dans la qualité des soins.

Cette étude peut également ouvrir des axes de recherche autour de la douleur

#### ***4.2.3 PERTINENCE DE L'ÉCHANTILLON THÉORIQUE***

L'infirmier étant au contact régulier du patient, il est au centre de la problématique douloureuse. Le choix de l'échantillon centré sur les soignants infirmiers (élèves, IDE, et cadres de santé) est sensé.

#### ***4.2.4 L'EXISTENCE D'UNE ÉTUDE PILOTE***

Il n'y a pas eu d'étude pilote afin de tester la clarté des questions. Cependant, le questionnaire a été soumis pour examen à deux médecins et modifié à plusieurs reprises afin d'être facilement compréhensible et de recueillir le plus de réponses ouvertes possibles.

#### ***4.2.5 CRITÈRE DE VALIDATION***

Le critère de validation était la saturation des données, atteinte au bout du troisième groupe.

#### ***4.2.6 CONFIRMATION DES RÉSULTATS AUPRÈS DES PARTICIPANTS***

Elle n'a pas été réalisée. Il semble en effet difficile en pratique d'envoyer individuellement les données brutes issues des entretiens (verbatim) à tous les participants puis de recevoir leurs confirmations.

#### ***4.2.7 LA NEUTRALITÉ DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE***

La modération des entretiens, le recueil des données et l'analyse des résultats ont été pratiqués dans le souci d'une neutralité et une recherche d'objectivité.

### **4.3 VALIDITÉ EXTERNE DES RÉSULTATS**

#### ***4.3.1 LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LA LITTÉRATURE PSYCHIATRIQUE***

##### ***4.3.1.1 Difficultés d'évaluation de la douleur***

La littérature concernant la prise en charge de la douleur en psychiatrie n'est pas abondante et je n'ai pas retrouvé d'études qualitatives du même type sur les représentations et les vécus des soignants. Cependant, Saravane (20) retrouve les mêmes difficultés au sujet de l'évaluation de la douleur : « La confusion entre les signes cliniques de la pathologie

psychiatrique et ceux de la douleur » est un risque pour le soignant de ne pas reconnaître la douleur. La non-verbalisation de la douleur chez le patient associée à des altérations des perceptions et du schéma corporel sont aussi cités (20). Serrie et Saravane recommandent une « vigilance vis-à-vis de changements d'attitude et de comportement du patient, surtout si stabilisé par le traitement », attitude déjà retrouvée chez les soignants de l'étude (21).

CONCERNANT LES MOYENS D'ÉVALUATION, UNE PREMIÈRE ENQUÊTE NATIONALE (16) MONTRE QUE L'EVA EST PEU UTILISÉ EN PSYCHIATRIE : 15 % DES SERVICES DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE S'EN SERVENT. SARAVANE RECONNAÎT QUE « CE TYPE D'ÉCHELLE N'EST PAS GÉNÉRALISABLE À L'ENSEMBLE DES PATIENTS ». IL N'Y PAS D'ÉCHELLES SPÉCIFIQUES À LA PSYCHIATRIE. POUR ÉVALUER LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES, IL PROPOSE L'EDAAP (ÉCHELLE POUR ADULTE POLYHANDICAPÉ) QUI DÉRIVE DES ÉCHELLES SAN-SALVADOR ET DOLOPLUS 2 ET PERMET DE MIEUX SAISIR LA DOULEUR EN ÉVALUANT LE RETENTISSEMENT SOMATIQUE (PLAINTES, POSITION ANTALGIQUE AU REPOS, ZONES DOULOUREUSES, MIMIQUE ET SOMMEIL), PSYCHOMOTEUR (CAPACITÉ À RÉAGIR LORS DE SOINS DOULOUREUX, TONUS ET EXPRESSION CORPORELLE) ET PSYCHOSOCIAL (COMMUNICATION, RELATION AU MONDE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT) (22).

#### ***4.3.1.2 Prise en charge thérapeutique***

Le recours aux opioïdes est décrit comme plus facile, ce qui se retrouve aussi dans l'enquête nationale (16) où 85 % des répondants sont plutôt favorables ou tout à fait favorables à l'utilisation des opioïdes forts à visée antalgique.

Les techniques non médicamenteuses, spécifiques à la psychiatrie sont peut-être à mettre encore davantage en avant : les techniques psychothérapeutiques sont maîtrisées par les services de santé mentale. De nombreux traitements psychocorporels sont également connus et utilisés.

#### ***4.3.1.3 Démarche clinique globale***

Saravane préconise de prendre en compte l'individu dans sa globalité comme le propose le « modèle biopsychosocial ou pluridimensionnel [qui] est à l'œuvre depuis longtemps en psychiatrie » (17). Néanmoins, les infirmiers interrogés soulevaient l'avantage de ramener la psychiatrie vers le somatique.

#### ***4.3.1.4 Représentations après changements de pratiques***

Les représentations positives des soignants sur les changements de pratiques confirment ici l'implantation effective de nouvelles habitudes. L'implication du personnel (administration, direction des soins, médecins et infirmiers formés), la proposition d'un protocole douleur simple dans les services et des actions de formation sont aussi reconnues tels des facilitateurs dans le champ de la douleur (17).

Mais des facteurs défavorables à l'amélioration de la prise en charge de la douleur en psychiatrie sont retrouvés chez Serra. Constatons ainsi qu'un certain « ostracisme » dont souffrent les patients atteints de pathologies psychiatriques, « un manque de mobilisation des professionnels en particulier des psychiatres » (17), avec qui il ne fut pas possible d'organiser de focus group, demeure.

On observe cependant que des difficultés (17) telles que « l'absence d'intérêt pour le fait somatique », le « manque d'articulation entre le CLUD et les services de psychiatrie » ne figurent pas dans l'étude .

#### ***4.3.2 LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DANS LA LITTÉRATURE EN MÉDECINE***

La littérature sur la prise en charge de la douleur dans des domaines complexes (chez l'enfant ou la personne âgée, soins intensifs, urgence, soins palliatifs, douleur chronique) témoigne que des difficultés similaires se posent aussi en médecine.

Aux urgences par exemple, la douleur est sous-estimée par les soignants(24, 25). Les infirmiers estiment que les outils à disposition sont jugés insuffisants (26, 27) Par ailleurs, la chronicité du phénomène douloureux (28), l'impossibilité de communication entre soigné et soignant (29)(exemple des services de réanimation), la complexité de la symptomatologie douloureuse (30) sont des particularités qui sont récurrentes en médecine.

Gordon et Debra suggèrent, par souci de visibilité de l'évaluation de la douleur , que cette dernière soit reconnue comme le « cinquième signe vital ». Elle doit être qualifiée plus précisément que par son intensité et sa localisation (27). Incitant à réfléchir à un modèle compréhensif, ils qualifient l'évaluation de la douleur comme une « transaction sociale complexe ». Ils proposent un outil d'évaluation « CAPA » (Clinically Aligned Pain Assessment) qu'on peut qualifier de fonctionnel. Il explore l'expérience du patient : confort, variation et soulagement de la douleur, influence sur l'activité et le sommeil. Cette évaluation s'intégrant naturellement dans le fil d'une conversation, est plus satisfaisante côté patient comme côté soignant.

### **4.4 BIAIS DE L'ÉTUDE**

#### ***4.4.1 BIAIS D'INFORMATION***

Le caractère volontaire des participants peut être considéré comme un biais d'information. Le fait d'enregistrer au dictaphone les entretiens, la présence d'un observateur, mais aussi une prise de parole différente peuvent entraîner une inhibition de la part des participants.

Ces biais semblent difficiles à faire disparaître. La garantie de l'anonymat au début de chaque entretien et la présence de participants volontaires étaient des facteurs susceptibles de faciliter la prise de parole.

La présence de l'observateur, lui-même médecin dans les unités, a pu constituer un biais d'inhibition dans la prise de parole.

La présence d'un modérateur permet également de partager les temps de parole. Cependant, sa qualité de novice peut lui-même constituer un biais. La connaissance de certains participants a pu aussi constituer un tout autre biais.

Le contenu de l'enregistrement du focus group n° 3 a été perdu lors de son transfert sur ordinateur, les données n'étaient plus en verbatim mais constituées de notes prises par

l'observateur, ce qui a constitué une perte d'information possible et une lacune dans la méthode.

#### ***4.4.2 BIAIS DE SÉLECTION***

L'étude prévoyait l'inclusion d'un groupe de médecins qui, faute de volontaires, n'a pas pu être constitué. La question se pose de savoir si ce biais est inhérent à l'organisation de l'étude ou aussi si elle ne révèle pas une difficulté d'implication d'une partie du corps médical dans cette problématique.

D'autre part, la prise de contact a été différente selon les groupes. Il était difficile de constituer des groupes de nombre suffisant, le premier groupe a été contacté par courrier et mail, le deuxième par courrier et passage dans les services, le troisième groupe a été organisé en amont par un cadre de santé supérieur.

#### ***4.4.3 BIAIS D'ANALYSE***

La méthode du focus group nécessite une double analyse des données par deux personnes différentes. Les données ont été analysées par une seule personne et simplement confirmées par une deuxième.

## 5. CONCLUSION

Ce travail a permis d'apporter des données sur les perceptions, les pratiques et les difficultés des soignants de psychiatrie face à la complexité de la prise en charge de la douleur. On peut ajouter ces faits importants :

- un protocole « douleur » bien connu des soignants et appliqué ;
- des spécificités propres à la psychiatrie : travail en équipe, outils propres enrichissant l'approche diagnostique et thérapeutique, évaluation clinique compliquée ;
- une attention particulière donnée à l'évaluation de la douleur ;
- des réactions partagées vis-à-vis des changements de pratique liés à la certification des établissements ;
- un besoin d'accès et de coordination avec les soins somatiques.

Ainsi, il faudrait faire des études complémentaires sur les difficultés de l'évaluation de la douleur en psychiatrie. On pourrait notamment travailler sur la difficulté de distinguer la composante émotionnelle (le caractère désagréable) et la composante cognitivo-comportementale (expression de la douleur). En psychiatrie plus particulièrement, il serait utile d'interroger les liens et les différences entre souffrance et douleur, comme Bustan l'a fait (31).

Les réactions vis-à-vis des changements de pratiques sont divergent mais cohérents, et pointent peut-être des aspects du protocole douleur qui ne sont pas utiles ou qui se contredisent.

D'un point de vue éthique, il est aussi nécessaire de différencier égalité d'accès au soin et homogénéisation du soin. Ainsi, il faut, tout en conservant une acuité clinique nécessaire à une bonne évaluation, soulever la pertinence de l'utilisation d'échelle standard en psychiatrie.

Enfin, sur un plan pragmatique, l'optimisation des logiciels informatiques permettrait une facilitation des tâches et un gain de temps. La fréquence de la pathologie dentaire pourrait motiver la création d'un « pôle dentaire » sur le site. Les transferts en service de médecine pourraient aussi faire l'objet d'un accompagnement formalisé. Le détachement d'un infirmier permettrait d'informer l'équipe psychiatrique comme l'équipe de médecine spécialisée.

Au terme de cette étude, l'on rappellera si besoin est que la question de départ ressortissait aux difficultés qu'éprouvent les soignants de psychiatrie suite aux changements liés à la certification des établissements. Nous avons essayé de montrer que leurs difficultés étaient indexées sur des changements de pratique. Constatons que tout groupe social confronté à des transformations de son cadre de travail est possiblement soumis à ce type de stress. Pour autant, si certaines résistances peuvent apparaître comme réactionnelles, d'autres sont fondées sur une réflexion visant à contester la protocolisation pour des raisons pratiques (lourdeur administrative) et des questions de pertinence du processus en tant que tel (dépersonnalisation, risque d'induire des angoisses chez les patients, protocole inadapté à la psychiatrie, risque « d'arrêter de penser », perte du sens du soin). L'aspect résistant de la protocolisation est toutefois contrebalancé par des arguments éthiques (accès aux soins identique pour tous, souhait de ramener le soin somatique vers la psychiatrie) et pratiques (accès facilité aux antalgiques). On verra dans cette dualité la complexité de l'affaire.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

1. IASP Taxonomy - IASP [Internet]. Disponible sur: <http://www.iasp-pain.org/>
2. Marchand S. Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009.
3. Rey R, Cambier J, Fischer J-L. Histoire de la douleur. Nouv. éd. Paris: La Découverte & Syros; 2000. (La Découverte poche).
4. Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens: ILI-INF. C.L.F. Panckoucke, éditeur, rue Serpente, n° 16; 1818. 618 p.
5. Collège des enseignants de neurologie, Neurologie. 2ème édition : Masson
6. Saravane D. La douleur en santé mentale : les mythes. In: Marchand S, Saravane D, Gaumond I, éditeurs. Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale [Internet]. Paris: Springer Paris; 2013. p. 5-17.
7. Saravane D. Les algies en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 1 avr 2009;me 85(4):341-5.
8. Dworkin RH. Pain Insensitivity in Schizophrenia: A Neglected Phenomenon and Some Implications. *Schizophr Bull.* 1 janv 1994;20(2):235-48.
9. Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénies et réactivité à la douleur. *Presse Médicale.* nov 2008;37(11):1561-8.
10. Saravane D. Historique de la douleur en santé mentale. *Douleur Analgésie.* 15 juill 2011;24(3):171-5.
11. Potvin S. L'indifférence à la douleur dans la schizophrénie. *Douleur Analgésie.* 27 juill 2011;24(3):152-9.
12. Davis GC, Buchsbaum MS, Naber D, Pickar D, Post R, van Kammen D, et al. Altered Pain Perception and Cerebrospinal Endorphins in Psychiatric Illness. *Ann N Y Acad Sci.* 1 déc 1982;398(1):366-73.
13. Julien N, Marchand S. Endogenous pain inhibitory systems activated by spatial summation are opioid-mediated. *Neurosci Lett.* 3 juill 2006;401(3):256-60.
14. Marchand S, Potvin S. De l'hypoalgésie à l'hyperalgésie. *Lett IUD* 28.
15. Vernotte C. Les soins somatiques et la prise en charge du patient en santé mentale. *Soins Psychiatr - Vol 31 - N° 269 - P 7* [Internet]. 22 juill 2010
16. Serra E, Saravane D, Beauchamp I de, Pascal J-C, Peretti C-S, Bocard E. La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Inf Psychiatr.* 1 janv 2008;Volume 84(1):67-74.

17. Serra E. Douleur en santé mentale : les aspects institutionnels sont-ils déterminants ? *Douleur Analgésie*. 15 juill 2011;24(3):126-31.
18. Haute Autorité de Santé - Les thèmes de la certification V2014 [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1647956/fr/les-themes-de-la-certification-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1647956/fr/les-themes-de-la-certification-v2014)
19. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303. Sect. Chapitre Ier : Droits de la personne, Art. L. 1110-5 mars 4, 2002 p. TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE.
20. Saravane D. La douleur en santé mentale : Moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale. In: Marchand S, Saravane D, Gaumond I, éditeurs. Paris: Springer Paris; 2013. p. 218-227
21. Saravane D. La douleur en santé mentale : Prise en charge et perspectives thérapeutiques . In: Marchand S, Saravane D, Gaumond I, éditeurs. Paris: Springer Paris; 2013. p. 229-241
22. Saravane D. Les algies en psychiatrie, Pain in psychiatry, Las algias en psiquiatría. *L'information psychiatrique*. 2009;me 85(4):341-5.
24. Marquié L, Raufaste E, Lauque D, Mariné C, Ecoiffier M, Sorum P. Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain*. Avr 2003;102(3):289-96.
25. Giusti GD, Reitano B, Gili A. Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Biomed*. 27 févr 2018;89(4-S):64-70.
26. Young JL, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*. 53(4):412-21.
27. Gordon DB. Acute pain assessment tools: let us move beyond simple pain ratings. *Current Opinion in Anesthesiology*. Oct 2015;28(5):565.
28. Tait RC, Chibnall JT, Kalauokalani D. Provider judgments of patients in pain : seeking symptom certainty. *Pain Med*. Janv 2009;10(1):11-34.
29. McGuire DB, Kaiser KS, Haisfield-Wolfe ME, Iyamu F. Pain Assessment in Noncommunicative Adult Palliative Care Patients. *Nurs Clin North Am*. 2016;51(3):397-431.
30. Lewandowski W, Jacobson A. Bridging the Gap Between Mind and Body: A Biobehavioral Model of the Effects of Guided Imagery on Pain, Pain Disability, and Depression. *Pain Management Nursing*. 1 déc 2013;14(4):368-78.
31. Bustan S. Peut-on mesurer la souffrance liée à la douleur ? *Douleur et Analgésie*. 1 déc 2017;30(4):230-8.

## 7. ANNEXES

### 7.1 GUIDE D'ENTRETIEN

*Quelle perception avez-vous de la douleur ? Que représente la plainte douloureuse pour vous ?*

*Quelles sont les circonstances dans lesquelles vous êtes confronté-e à la douleur ?  
Comment cela se passe en pratique ?*

*Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées dans la prise en charge de la douleur ?  
De quel ordre relèvent-elles ?*

*Quels seraient vos besoins en tant que IDE/cadre/médecin pour pouvoir mieux prendre en charge la douleur ?*

### 7.2 VERBATIM DES FOCUS GROUP

#### 7.2.1 FOCUS GROUP 1

*On va commencer par une question assez globale, qu'est-ce que vous pourriez dire de la douleur chez vos patients ?*

- Suivant les différentes pathologies, c'est différemment quantifiable en fait, si un patient est atteint par exemple de démence ce sera plus difficile à diagnostiquer. Nous au niveau de l'hôpital de gérontopsy, on utilise plutôt l'échelle verbale simple qui est somme toute assez facile à utiliser pour nos patients. On leur demande de coter de 0 à 4 et ils le font assez facilement. On le fait au début, au niveau de l'entrée, quand ils arrivent, en systématique, et après nous faisons une cotation de la douleur au bout d'un mois. Et puis après c'est évidemment, suivant à la demande du patient bien sûr, s'il souffre, s'il dit j'ai mal, on quantifie la douleur, obligatoirement hein. Voilà donc c'est quelque chose qu'on fait assez régulièrement, et on y fait très attention, vraiment en hôpital de jour.

*C'est une pratique qui est aussi générale dans vos services ?*

- J'ai l'impression que c'est plus à la demande que ça se fait.

*À la demande de...*

- En fonction de certaines pathologies que l'infirmier pense qu'elle est, qu'effectivement il faut quantifier une douleur, en tout cas dans ce que j'ai pu observer.

- À l'entrée, il y a une euh une première prise enfin une première évaluation, ensuite c'est vraiment à la demande du patient. Mais c'est quelque chose qui chez nous en tout cas fait assez polémique la douleur, parce que en service d'adulte, on a des patients qui viennent tous les jours réclamer leur antidouleur de manière systématique avec tous les jours une douleur différente et voilà. Et puis il y a les patients qui viennent pas, pour lesquels les soignants ont l'impression qu'il y a une souffrance... Alors justement souffrance... Est-ce que c'est vraiment de la douleur physique ou enfin... Et au sein de l'équipe en fait, tout le monde n'est pas d'accord sur la manière d'agir et de réagir à ça, donc c'est... vraiment la douleur j'ai vraiment l'impression que c'est quelque chose qui fait polémique à chaque transmission, on a facilement cinq minutes de discussion sur autour de la douleur.



- Après ça peut être au niveau du faciès souvent, le patient va arriver et va nous dire j'ai mal avec un sourire jusqu'aux oreilles. Donc effectivement, le " j'ai mal " doit être interprété, on doit essayer de le quantifier, on doit tenir compte de la pathologie à ce moment-là, pour essayer de faire la part des choses, parce qu'après, ça peut être la douleur physique, la douleur psychique, donc on essaie de prendre en charge de manière globale la douleur. On est obligé de croire le patient, même s'il arrive avec un sourire jusqu'aux oreilles, on est obligé de le croire, voilà.

- Le ressenti, le corps, voilà...

- C'est vrai que la notion de douleur en psychiatrie... Avant, à une certaine époque, il y a relativement peu de temps en tout cas, avant qu'on soit sensibilisé à ça par la certification à mon avis, on pensait d'abord douleur psychique avant la douleur somatique, même si les deux étaient un peu intriquées. Et comme en plus, au niveau de la sémiologie, la reconnaissance de la douleur de tout un chacun soit *via* les cris, soit le faciès, il peut y avoir des discordances, soit des signes de douleurs psychiques qui ressemblent beaucoup à de la douleur somatique. Eh bé il y a une vraie difficulté à... à répondre en fait à ce que peut montrer le patient et en même temps aussi à donner les traitements adaptés ; donc pour le médecin poser un diagnostic clair et à mon avis des fois il y a une difficulté à savoir est-ce que c'est de l'ordre du traitement anxiolytique ou du traitement antalgique. Et et, voire pour certains types de patients avec des problématiques d'addictologie, la question de la relation au traitement, mais qui se pose aussi bien sur les antalgiques que sur des benzodiazépines par exemple.

- *Donc on a à peu près répondu à la question du comment ça se passe en pratique...*

- Je voudrais rajouter que c'est d'autant plus difficile quand les enfants n'ont pas d'expression verbale ; et avec des symptomatologies telles que l'autisme par exemple, avec pas forcément une reconnaissance du schéma corporel pour identifier c'est vrai la douleur. Alors c'est une chose que nous on a euh... C'est vrai, comme tu dis, c'est quelque chose où on est maintenant vigilant, de plus, en tout cas, à la prise en compte de la douleur. Euh c'est vrai qu'après elle va être essentiellement sur l'observation chez l'enfant parce que euh... Sur les expressions physiques. Donc on travaille beaucoup beaucoup avec les disques d'émotions, avec des jeux, des mises en scène, une poupée, enfin après il faut trouver plusieurs supports, et le bon support, là où est là avec l'enfant dans son développement. Donc c'est quand même euh... C'est pas quelque chose d'évident tous les jours, à trouver effectivement quelle est la bonne technique qui va nous permettre d'évaluer véritablement est-ce qu'il y a douleur somatique ou est-ce que c'est une expression ou... de souffrance psychique. C'est une combinaison compliquée avec des enfants qui ont souvent aussi des problèmes de transit intestinal enfin, ça demande une vigilance au niveau aussi euh...vraiment de l'observation...

- Je trouvais qu'il y avait une question d'étiologie parce que l'enfant il est perturbé parce qu'il a une souffrance somatique derrière ou est-ce que c'est euh... la perturbation qui peut induire... C'est la question de l'oeuf et de la poule.

- Même pour certaines pathologies, on a un patient qui euh... qui euh... enfin on a eu l'impression que quand il, enfin il s'est fracturé la jambe, donc il avait des signes d'entorse du pied, et donc il parlait souvent qu'il avait mal à la tête. C'est vrai que euh, à un certain moment on avait l'impression qu'il disait qu'il avait mal à la tête c'est parce qu'il avait mal à son genou. C'est pas forcément évident, après on est capable d'utiliser l'échelle, et euh malgré ça c'est, ça reste un peu vague quoi.

- Des fois, ils n'ont pas la reconnaissance de la douleur hein, moi j'ai le cas d'un enfant qui avait eu des vomissements ; c'est un aide soignant qui a repéré qu'il avait des difficultés à la marche. Voilà, et qui a constaté, qui a fini par demander à l'enfant de se dévêtir parce qu'il arrivait pas à dire, à expliquer, il voyait bien qu'il y avait une gêne, et en fait, il avait une

torsion testiculaire, ce qui est extrêmement douloureux. Et il n'avait rien depuis la veille. Il n'avait rien rien rien montré, sinon qu'il avait eu des vomissements, c'est pour ça qu'on se dit que la quantification de la douleur euh... Elle est pas si évidente que ça et nous l'important, c'est d'être extrêmement vigilant quoi.

- Nous c'est pareil, on a une patiente qui est arrivée avec le poignet qui pendait comme ça. Elle ne disait absolument rien. Elle est arrivée sur le groupe tranquille. On lui demande qu'est-ce qui vous est arrivé ? Oh bé j'ai dû me casser le poignet. Vous avez mal ? Non. Du tout. Aucune douleur. Aucune douleur nommée.

- C'est pour ça que les échelles des fois...

- Oui c'est ça oui oui... tout à fait.

- Même quand on parle de la douleur, le monsieur là, ben il est capable de marcher alors qu'il avait une fracture, et par contre le fait qu'il marche, c'est au niveau de l'équipe, tout un échange qu'il y a, parce que ça devient insupportable pour nous, pour les soignants de l'équipe, parce qu'on a pas les mêmes représentations que le patient, ou en tout cas pas le même ressenti.

*La difficulté elle est aussi dans le fait de pouvoir décoder la douleur chez le patient, l'impuissance un peu des fois ou la réserve face au fait que le patient lui même soit pas en mesure de percevoir la douleur. Est ce qu'au niveau des outils, vous parliez d'outils que vous utilisez, de la poupée, du disque des émotions, est ce vous avez l'impression qu'en psychiatrie, il peut y avoir des outils qui sont utilisables ?*

- Apparemment il y a la FLACC qui est un outil utilisable, mais c'est vrai, il y a la version adaptée de la FLACC en psychiatrie adulte en tout cas (tousotement)... Mais en aigue, dans les cas de décompensations psychotiques, ça peut être très dur à utiliser. Et notamment sur l'outil le plus simple, pas forcément validé, qui est l'EVS, peut être aussi pertinent qu'un outil qui a été validé euh, en tout ca plus facile d'accès pour les soignants et euh qu'un autre outil qui peut être finalement plus élaboré mais aussi plus dur à décoder et à utiliser.

- Après il faut faire attention au langage qu'on utilise avec le patient, une fois, j'ai un patient qui vient me voir qui me dit ben j'ai mal aux jambes, je lui dis ben oui je vois, pour lui je vois à travers ses jambes. Et ça il y a une manière de s'exprimer, c'était ça ; donc il faut faire très attention à ça, donc après j'ai reformulé de manière à ce que... pour lui, ça y est il se demandait ce qui se passait quoi, il s'est dit c'est pas possible tu peux pas voir à travers mes jambes, donc je dis ben non effectivement je ne peux pas voir à travers tes jambes et j'ai compris que vous aviez mal aux jambes, donc j'ai dû reformuler ma... donc ça il faut faire attention, ça c'est assez, ça arrive assez régulièrement, qu'ils interprètent euh une manière de parler.

- Oui, la métaphorisation oui... (plusieurs à parler)

- Là dans le choix des mots c'était...

- Là on parlait du choix des mots...

- Oui le choix des mots par rapport à la douleur ouais. Ouais, qui sont parfois interprétés d'une autre manière.

*Donc en pratique vous décrivez quand même un certain souci de la prise en charge de la douleur, en psychiatrie, des questions quand même assez euh... multiples. Comment ça se... enfin comment vous percevez vous, vu que maintenant il y a une certification, qu'il y a une exigence comme de, d'implantations d'outils de prise en charge, quand on parle de traçabilité de la douleur, d'évaluation tout ça, comment vous percevez le fait que la prise en charge doit être implantée autant finalement dans un service de psychiatrie que dans un hôpital général ?*

- C'est vrai que d'un point de vue éthique, la question de l'accès des patients vulnérables avec une étiquette de psychiatrie, qu'ils aient au moins le droit d'avoir un traitement équivalent à tout patient, c'est un souci donc euh de ce point de vue là, sur le point de vue équité et

accessibilité des soins, à mon avis, on peut que euh... que... adhérer ne serait-ce que par considération pour les patients qu'on a en charge. Donc à un certain niveau il y a les mêmes exigences de traçabilité qui sont censées nous garantir la qualité, euh c'est compréhensible après c'est vrai que ce qui est plus compliqué c'est à mon avis c'est dans la... Garantir le même niveau d'exigence tout en adaptant à la spécificité de l'activité. Et là il peut y avoir des difficultés parce qu'ils sont pas forcément proposés, ils sont pas forcément toujours adaptés au modèle. (bruit parasite)

*Qu'est-ce qui ferait des outils adaptables pour la psychiatrie ?*

- Peut-être comme vu euh... enfin... le côté un peu... alors ça fait longtemps que je suis plus dans les soins donc je vais peut être dire des énormités euh. Mais euh un peu comme sur les douleurs par exemple si je prends les patients qui sont hémiplésiques, qui se font souvent des luxations de l'épaule qui ressentent pas forcément quand ils se luxent parce qu'ils ressentent pas leur hémicorps et sur les histoires de schémas corporels, eh ben sur certains types de psychose je pense que les préconisations devraient être relativement plus précises en fait. Voilà parce que suivant les pathologies et puis les structures et les sujets qu'on a en soins, dans la réception dans la réceptivité aux douleurs c'est pas la même. Parce que par exemple on a des patients qui eu qui euh... qui ont tendance par exemple à se faire... à se lacérer les bras, ou à ingurgiter des lames de rasoir, on peut se poser la question de la perception de la douleur pour certains types de patients, qui se font mal ; je pense que suivant la typologie de patients et de symptomatologies qui sont montrées, peut-être qu'il y a une interprétation différente de la douleur qui pourrait être envisagée ou pas .Mais euh ça, je sais pas. Peut-être qu'il y a des travaux en cours, avec ça sur la douleur en fonction en fait de la... la perception de la douleur et le traitement de la douleur en fonction du diagnostic psychiatrique posé. Bon ça je sais pas, je suis pas allé voir la littérature sur ce sujet.

- C'est pas adapté aussi je pense, que avec les outils que l'on a, c'est pas toujours évident de mesurer, si on voit que le patient a un changement de comportement, qu'il réclame par exemple plus facilement ses médicaments alors que d'habitude c'est compliqué de lui donner, on va se dire que probablement c'est un moment où il est douloureux, du coup on croise un peu euh enfin, on utilise l'observation, en plus de euh... l'échelle (bruit parasite). Après je pense que c'est un mieux d'avoir, d'avoir ces outils-là.

- Ça c'est des fois un peu pareil je pense peut-être en, aux urgences quand les patients passent, si on voit au début, on voit pas trop qu'ils ont une luxation de l'épaule et puis au bout d'un moment il y a la confirmation d'une luxation d'épaule et là il y aura des antalgiques très rapidement alors que tant que le diagnostic est pas posé il y a pas forcément... Enfin... Dans l'antalgie c'est pas forcément traité de la même façon et euh je pense qu'en psychiatrie comme en soins somatiques ; le diagnostic permet d'imaginer quelle que soit l'expression du patient, parce que finalement l'expression de la douleur est toujours subjective même s'il y a des échelles et qu'on doit être à l'écoute du patient mais... c'est souvent le diagnostic principal qui permet aussi d'adapter l'antalgie en fonction du problème.

- Les patients qui ont aussi un traitement un peu en systématique, on voit aussi les infirmiers qui reposent la question mais on voit pas forcément une évaluation avec avec le euh, avec l'échelle, il y a simplement pour certaines fois l'infirmier questionner un peu plus le patient euh quelquefois il y a pas, ça va pas plus loin...

*Le côté quantitatif...? Qu'est-ce qui manque ?*

- Logiquement, il faudrait que ce soit au bout de 30 minutes, normalement c'était comme ça hein, au bout de 30 minutes, il faudrait reformuler, redemander, reposer la question au patient, redemander au patient d'évaluer sa douleur quoi.

*En pratique ça se fait comment ?*

- C'est pas tout le temps fait en pratique. On va dire que c'est pas automatiquement fait, souvent la première fois, c'est demandé et puis après c'est pas évalué au bout de trente minutes, c'est évalué souvent au bout de quatre heures quand on a donné du dafalgan...
- À la prochaine prise de traitement on va demander au patient alors est-ce que ça vous a fait du bien ou auh la fois après quand on croise le patient en fait, c'est vrai qu'on va rarement voir... le patient pour lui demander.
- C'est rarement tracé.
- Et et c'est alors, très peu souvent tracé ouais.
- C'est la question du doliprane qui est assez intéressante. En général c'est le patient qui vient, qu'il soit adulte ou enfant, qui vient quand il a mal quelque part : est-ce qu'on donne ou pas le doliprane ? Est-ce qu'on appelle, est-ce que le médecin est sollicité ou pas sur l'antalgie ? Est-ce que c'est tracé réellement ? Oh parce que pour un... Il y a cette question. Euh je pense qu'on est de plus en plus rigoureux par rapport à cet aspect-là mais euh... culturellement, on va dire que c'est quelque chose qui s'est développé, c'est pas... c'est récent. Prendre en compte euh vraiment les dosages, pour le paracétamol... savoir est-ce qu'on trace ou pas quoi.
- Ben on a intérêt à le tracer parce qu'il y a des patients qui vont le demander à plusieurs infirmiers en l'espace de 2-3 minutes euh de deux comprimés de paracétamol donc euh si on peut pas vérifier que ça a été tracé, on peut avoir des doutes, on sait pas si... il vaut mieux aller voir son collègue ou sa collègue lui demander s'il a tracé, et s'il a tracé il y a une trace, donc on sait qu'on va pas en donner avant quatre heures au moins
- Alors moi j'ai le cas d'un changement de comportement après la certification au niveau de la trace de la prise de traitement antalgique et autre d'ailleurs. Mais vraiment je je, après la certification, j'ai vraiment... Et le comportement de enfin face à la douleur a changé aussi, autour de la certification avec la mise en place du protocole CLUD euh parce qu'il y avait encore des fois où on était obligé entre guillemets d'attendre une prescription médicale pour donner et maintenant c'est vrai que les infirmiers demandent plus facilement à l'interne de enfin rappelle à l'interne de prescrire le protocole dès l'arrivée du patient. Et du coup ça a changé aussi la prise en charge

*Ce changement de pratique , il on peut vraiment voir un avant et un après ?*

- Oui (plusieurs à dire)
- Clairement

*Comment ça se passait avant ?*

- Je pense qu'il y avait une évaluation de la douleur, je crois c'est pas... c'est par rapport à des réponses plus structurées la traçabilité des choses comme ça on s'était aperçu que ça retrouvait pas.
- Dans l'unité où je travaille on peut avoir une vigilance, elle existe, elle a toujours existé, sauf que on la retrouvait pas.

*Ça a servi de rappel entre guillemets ?*

- C'était pas fait en systématique, maintenant ça y est, c'est devenu systématique. Les patients arrivent c'est au moment où on fait l'entrée du patient, automatiquement il y a une cotation. On y coupe pas, c'est du 100 %, hein, dans les dossiers, enfin sur IPS, dans les dossiers c'est tracé à 100 %, c'est même reconstrôlé, régulièrement quoi.

- Je crois que ce qui est rentré aussi indépendamment de ça, c'est que maintenant ça fait partie du soin apporté, ça a ramené le somatique, la dimension du somatique aussi dans le soin psychiatrique et en ça c'est intéressant, au-delà même de la prise en charge de la traçabilité, ça nous a amené à reconsidérer aussi le patient dans une globalité, voilà et d'amener même le euh comment euh un rapport au corps, un soin apporté au bien-être global d'un patient, c'est en ça que je trouve aussi que euh cette ce souci-là de la rigueur ça nous met bien ça dans la tête.

- *A contrario* ça a quand même aussi euh je pense le désavantage de rassurer certains soignants c'est-à-dire que, il a mal on lui a donné quelque chose bon voilà ça va aller mieux et parfois quand même enfin moi je me rends compte qu'on cherche plus tant la raison de cette douleur enfin notamment pour certains patients qui sont voilà très demandeurs d'antalgiques et... en l'occurrence très demandeurs d'attention de la part du soignant et parfois ben c'est euh là où peut-être un entretien d'un quart d'heure pourrait avoir le même effet que deux paracétamols, euh on va donner deux paracétamols parce que c'est euh, c'est assez rassurant c'est somatique on a répondu et c'est basique, on va pas obligatoirement chercher plus loin. Et ça enfin là je trouve qu'il y a un danger.

- Ça peut arriver euh dans la cotation d'entrée en systématique comme ça que certains patients refusent de se faire évaluer, notamment chez les patients persécutés, qui nous posent la question mais pourquoi vous nous demandez ça, on dit (inaudible), on va y revenir un peu plus tard quoi mais on a pas de cotation d'entrée.

*Vous en tant que cadres, comment vous avez participé à pour dans le fait de changer comme ça les pratiques au moment de la certification, qu'est-ce qui vous été demandé ? Parce que vous parlez d'un changement assez franc dans les pratiques qui sont vraiment systématiques, qu'est-ce qui a été important à ce moment-là pour vous ?*

- En tout cas, moi je suis arrivé depuis peu de temps en psychiatrie, dans ce service-là, enfin c'est pas tant la psychiatrie et euh ça permis de se requestionner sur une pratique et la certification ça a été l'alibi de questionnement autour de euh la traçabilité, enfin de toute la prise en charge médicamenteuse, de comment on trace, comment on enfin voilà ça permet de se requestionner dessus et de s'apercevoir que parfois on avait un peu dérivé et de remettre les choses dans les clous et l'équipe vu qu'ils ont réfléchi là-dessus et qu'ils ont pris des décisions de changer leur comportement maintenant ils décidaient aussi de s'y tenir donc j'ai envie de dire qu'en tant que cadre j'ai juste été un facilitateur, c'est-à-dire que je leur ai juste permis de se rencontrer donc d'y réfléchir, donc la certification c'était un alibi je pense.

- Je pense les formations initiales (inaudibles) je pense que maintenant ils ont un peu enfin ça fait partie de leur réflexe, je pense qu'ils sont mieux formés que nous, que les générations euh précédentes peut-être aussi, aujourd'hui ça fait partie de la formation, ils ont des échelles une certaine connaissance, plus que peut-être d'autres.

- Au niveau... Par rapport à l'accompagnement de cette démarche-là sur la certification au niveau psychiatrique, d'un point de vue très concret, juste il y a un item de l'évaluation de la douleur, déjà c'est juste vérifier que tous les patients même ceux qui paraissent pas douloureux à la base est-ce que vraiment on leur a posé la question, et d'avoir une traçabilité sur la question qui a été posée ou pas donc là ça passe par le dossier je regardais si l'item était coché ou pas, donc de façon toute bête, donc de voir si oui euh est-ce qu'il y avait une transmission effective au niveau des transmissions, si c'était ciblé donc tout ce qui était euh du coup il y avait du texte libre, savoir si on avait le lieu de la douleur et si le médecin avait bien pris en compte ça dans la prise globale et si on retrouvait ou pas sur le côté médical et du coup c'est vrai c'étaient des choses qui étaient déjà... en place avant, la certification ça changeait la forme parce que finalement l'item est apparu de façon plus précise mais ça a pas

modifié euh la sensibilisé des soignants par contre ça a amélioré la traçabilité ça c'est sûr.

- Et puis aussi les supports les outils qu'on avait pas avant.
- Mmhh (en même temps).
- Qui sont à disposition.

*Quels outils par exemple ?*

- Les échelles
- Pour la certification on a eu plein d'échelles qui ont été distribuées dans les services, il y a un diagnostic qualité qui a été fait en amont donc il y a un travail des cadres aussi la plupart ont fait un diagnostic qualité dans leur unité, dans le diagnostic qualité il y a une partie sur la douleur parce que euh on a été euh retoqué à la dernière certification, du coup y a un plan d'action donc euh un plan d'action défini quasiment par unité, euh avec des points qui ont été investigués donc euh forcément la cadre il fait donc un, on aide au diagnostic qualité, après on accompagne les équipes donc on communique les infirmiers et les médecins pour leur rappeler que ça été fait et que ça existe et qu'il y a ce suivi-là. Ça permet quand même le fait d'en parler, de remettre ça dans le contexte de la prise en charge des patients souvent ça a un aspect positif sur cette thématique je pense.

*Juste pour terminer avec la question de la pratique, est-ce que vous vous avez des besoins, des attentes particulières pour mieux prendre en charge justement la douleur chez le patient psychiatrique en général, en tant que cadre est-ce que vous voyez des éléments particuliers qui pourraient être améliorés ou dont vous auriez besoin ?*

- Il y a déjà à mon avis une bonne coordination entre une prise en charge psychiatrique et somatique, y a une grande partie de l'accessibilité au traitement aussi qui passe par les traitements qui existent mais pour que le protocole existe et soit utilisé il faut qu'il y ait une communication à ce niveau-là, c'est vrai que c'est bien Docteur Bergot qui intervient sur le pôle eh ben la présence et la communication auprès de psychiatre déjà et des équipes eh ben ça ça fait beaucoup parce que si on a pas quelqu'un qui fait vivre les procédures qui ont plus un aspect somatique, eh ben c'est plus dur de les véhiculer parce que... Ben moi j'en suis persuadé.
- Mmmh (collectivement).
- Y'a aussi quelque chose alors c'est pas quelque chose dont on a besoin, dont on bénéficie enfin en tout cas euh, nous c'est le euh les référents douleurs qui sont un vrai soutien au sein de l'équipe parce que euh parce qu'ils appartiennent à l'équipe parce qu'ils ont les informations, qu'ils peuvent les transmettre, et c'est parfois plus facile d'accepter l'information quand elle vient d'un pair que quand elle vient du cadre ou de quelqu'un d'autre, de euh différent. Quand ça vient de l'équipe, c'est souvent plus facilement acceptable. C'est ça les référents douleur...

*Il y a un référent douleur par unité ?*

- Oui un référent douleur dans chaque unité.

*Comment ça se passe en pratique ? Est-ce qu'ils interviennent, ils sont formés, comment ça se passe ?*

- Non au début enfin moi au début, je suis référent douleur, j'ai dû insister pour que ce soit fait plus régulièrement, ben parce que ben on veut un certain résultat dans le service et euh après ça s'est mis en marche tout tranquillement et ça... et après c'était fait vraiment systématiquement, donc ça c'était ouais.

### *L'évaluation de la douleur*

- Ouais à l'entrée parce qu'au début euh il y avait pas grand-chose franchement honnêtement.

### *Du coup votre rôle c'était...*

- Je revérifiais un peu derrière si c'était fait gentiment, j'allais dire si ça, ça a pas été coté.

### *C'était de revérifier en reprenant les dossiers, voire euh*

- Oui, si c'était bien fait, ouais maintenant je fais moins, je fais confiance aux autres mais c'est fait de toute façon... À chaque fois que le patient dit j'ai mal on quantifie la douleur.

### *Du coup on fait plus appel à vous dans les...*

Notamment on fait plus appel au Docteur XXX (rire), pas plus tard qu'après la réunion je crois, on aura besoin de vos services... (rises) Parce qu'il y a une personne qui s'est plainte ce matin qu'elle avait mal au pied et donc du coup on euh on a pris en compte sa douleur on a quantifié sa douleur et on a fait appel au Docteur XXX qui passera voir cet après-midi avant qu'elle parte de manière à ce que ce soit pris en charge. C'est un exemple type de comment on fonctionne à l'hôpital de de jour au niveau de la douleur.

### *Référent ça veut dire que vous avez une formation particulière ?*

Je remplace l'infirmier référent du service qui est en arrêt là, je l'ai remplacé pendant pratiquement 8 mois, donc après il reprendra sa place mais je continuerai de m'investir quand même dans la douleur.

### *Et donc c'est une formation ?*

C'est du volontariat.

### *Vous vous formez tout seul, c'est-à-dire vous allez chercher des informations ?*

Oui à diverses réunions, on en a eu, y a des réunions qui ont été faites il y quelques mois, nous, y va on y va, on essaie d'aller à toutes les réunions possibles, en faire profiter les camarades après... oui.

*J'ai noté que vous étiez en train de parler de l'attention de euh de la relation et de la plainte douloureuse qui était vraiment au coeur de la relation avec le soignant, c'est euh vraiment une difficulté qui est déjà intriquée dans la prise en charge psychiatrique du patient ?... C'est une question très longue.*

- De toute façon à partir du moment où le patient est hospitalisé, on estime que de toute façon on part de là ; c'est vrai que quand on regarde euh, les images qu'on peut avoir des patients qui restent des fois longtemps au rez-de-chaussée du coup euh il y en a beaucoup qui crient. On voit dans les unités qu'il y a des patients qui tapent quand ils sont isolés ou qui crient ou qui appellent, donc euh... Il y a sûrement une notion de douleur parce que finalement les cris, taper comme ça c'est euh.

- Une tension corporelle.

- Voilà, une tension corporelle, voilà alors il y a une manifestation d'une certaine forme de mal-être on va dire de douleur psychique et en même temps, souvent alors d'un autre côté

on peut avoir la crainte en tant que soignant pendant les périodes d'isolement notamment eh bé ils se blessent ou ils se fassent mal au niveau physique, ce qui arrive assez fréquemment. Euh c'est vrai que c'est... c'est problématique, euh je sais pas si ça répond à votre question mais il y a ces deux aspects-là de la douleur qui de toute façon est... est intriquée mais à préciser justement chaque fois.

*La douleur morale finit par euh...*

- Ben la douleur morale finit par euh par visiblement des fois euh avoir des conséquences et des lésions somatiques.

*Euh oui c'était intéressant, mais c'était plus par rapport à la plainte douloureuse euh dans la façon, c'est vrai que chez le patient schizophrène, c'est pas forcément très parlant, mais en général...*

- Ben après ça dépend des phases, parce que euh un patient qui est sur un aspect très régressif va faire comme un enfant et se plaindre de façon récurrente et euh en gros... il s'est fait une égratignure et ils peuvent rester euh sur euh j'ai un bobo j'ai un bobo j'ai mal et demander à ce qu'on lui mette un pansement et ça, ça peut arriver je pense en pédo, ça peut arriver que l'enfant il ait une toute petite égratignure...

- Et puis il arrive comme ça (montre son coude).

- Voilà

- Et c'est aussi, ça attire l'attention sur lui enfin c'est là où c'est pas toujours évident justement comme tu le disais est-ce que c'est vraiment une douleur réelle... voilà palpable sur le moment, est-ce que ça vient nommer autre chose qui est besoin aussi de porter le regard sur lui.

- Et puis c'est un peu le... le cas Van Gogh qui finit par couper son oreille, est-ce qu'il avait mal avant, est-ce qu'il avait mal après et... et c'est cette question qui est finalement qui... qui est assez complexe, parce qu'on voit que sur certains cas visiblement la mutilation soulage... Donc euh...

- Il y a des enfants, des patients qui s'automutilent...

- La médiation thérapeutique soulage par l'intermédiaire de différentes activités, on arrive à soulager la douleur physique même...

*C'est le cas dans... votre...*

- C'est le cas à l'hôpital de jour oui.

*Qu'est-ce que vous...*

- On propose différentes médiations comme la gym douce, alors ils viennent ils ont mal ils viennent quand même à la gym douce, ils disent je peux pas faire le mouvement mais ils le font quand même, et on voit bien que sur le faciès il y a pas de douleur particulière, et à la fin de la séance ils retirent une satisfaction de ça. On leur demande après s'ils ont mal, il y en a qui disent oui y'en a qui disent non, plus ou moins, on leur dit ben vous avez fait des efforts donc ils en retirent une certaine satisfaction. Et euh... c'est assez régulier ouais ils nous disent euh ouais j'ai oublié ma douleur pendant la séance de relaxation, on peut voir des choses pendant ces séances-là, c'est... assez impressionnant quand même. Les patients euh bon c'est pas la douleur mais qui tremble par exemple par l'intermédiaire du traitement on fait la séance de relaxation au bout de dix minutes y'a plus aucun tremblement. Et quand on arrête la séance, hop c'est reparti.

*Et ça justement les thérapeutiques euh non médicamenteuses elles sont utilisées en général dans vos services ?*

- Oh oui nous on l'utilise beaucoup, pas forcément les antalgiques, les benzo comme ça, on



va peut-être essayer de trouver euh une manière de l'envelopper, des manières de proposer je sais pas d'aller dans un bain.

- Le massage.

- Le massage, l'écoute musicale, différents médiateurs.

*Ça se décide selon quoi finalement ?*

Ben après ça dépend du diagnostic qu'on pose soit effectivement y'a un gros problème enfin euh somatique qu'on repère et qu'on traite sur un plan somatique et puis après on peut imaginer que c'est une expression somatique d'une angoisse euh je sais pas euh particulière et à ce moment-là on va apporter euh notre réponse qui va être utilisée, la médiation qui va être à ce moment-là que l'enfant va accepter euh comme un instant de détente, c'est souvent ça.

- Ça peut être aussi des enveloppements tout simplement dans des couvertures. Des choses comme ça.

- Moi j'ai quand même une patiente à l'hôpital de jour qui nous appelle quand elle a mal au domicile elle appelle. Là c'est des douleurs psychiques. Elle nous appelle elle nous dit faut que je vienne je suis sûre que j'aurai plus mal en faisant les activités donc du coup elle vient et effectivement elle en retire une satisfaction... Le visage change ; elle arrive avec un visage crispé elle dit j'ai mal j'ai mal j'ai mal (inaudible, parle à plusieurs), en fonction de l'activité proposée on voit le visage qui se détend, elle arrive à oublier vraiment ses douleurs. Elle le verbalise elle le dit hein.

- Parce que des fois ça peut être l'occasion de reparler moi je pense à un petit garçon qui avait été opéré et qui avait des douleurs, il avait des angoisses qui sont pas forcément exprimées euh peuvent être exprimées en différé en là euh ça s'exprimait autour d'aller faire pipi il faisait une rétention urinaire parce qu'il avait des angoisses au niveau d'aller faire pipi parce qu'il avait eu une intervention au niveau du pénis, mais et du coup c'était comment on travaille sur, qu'est-ce qu'il avait pu ressentir au moment de l'intervention qui avait pas été repéré et qu'il exprimait 48 heures 72 heures après. Donc comment on fait des liens, comment on met des mots pour le réassurer, là un traitement... aurait pas forcément été... efficace quoi... C'est un peu ce que tu dis comment est-ce qu'on entend les différents niveaux on peut pas faire abstraction de la prise en compte aussi de euh euh du signifiant quoi... On peut pas rester... Elle est parfois somatique mais elle est aussi parfois une expression dans un... Et c'est ça qu'est pas si simple parce que les expressions euh en tout cas chez les enfants elle sont pas forcément euh... dans le moment quoi, ça peut être euh des fois et nous il faut qu'on garde en lien qu'est-ce qu'il a pu se passer pour être dans la réponse à l'écoute... C'est pour ça je parlais de l'observation, on peut pas ne...

- C'est ça qui est un peu compliqué parce que comme ils n'ont pas les expressions ils ne savent pas forcément dire quand ils ont mal mais alors mal euh...

- C'est vrai que ça il faut l'entendre aussi parce que le...

- Ben oui

- Il y a 15 ans on disait euh, j'entendais en tout cas, c'était si un patient a mal, la douleur c'est le signe d'un dysfonctionnement et d'un mal-être quelque part donc faut trouver en gros d'où vient le problème, le signaler pour pouvoir régler le dysfonctionnement qu'il y a au point de vue somatique ou autre. Et on est passé maintenant où en fait... Et du coup on attendait avant de donner des antalgiques de savoir où était situé... (rires des participants). C'était ça mais on était... on était dans cette dimension-là tant qu'on n'a pas trouvé d'où vient le mal... eh ben... Maintenant une dynamique où on n'a pas le même discours c'est on donne des antalgiques et... Mais faut-il quand même que euh la demande initiale soit prise en compte quoi et c'est peut-être le penchant, le risque de euh... donner des antalgiques des fois sans aller jusqu'au bout de la démarche, de euh de recherche de la cause.

*Que ce soit une cause euh physique ou euh psychique ?*

- (plusieurs) Oui, tout à fait.
- Justement enfin moi je trouve que j'ai fait toute ma carrière en MCO et donc je suis en psy depuis deux ans et j'ai toujours je trouve qu'il est plus facile d'évaluer et de prendre en charge en MCO la douleur c'est-à-dire que c'est le côté c'était simple on était dans un service de euh chirurgie on disait j'ai mal euh alors récemment parce que y'a 20 ans c'était différent mais là maintenant le patient dit j'ai mal on le prend en charge, on évalue où se situe sa douleur et on lui donne un antalgique en fonction. En psychiatrie c'est beaucoup plus compliqué parce que justement euh c'est pas si basique c'es-à-dire que si le patient dit j'ai mal il va falloir évaluer où il a mal etc. et c'est beaucoup moins simple que quand c'est somatique parce que justement la douleur elle peut être physique elle peut-être morale et comment on réagit je pense que c'est beaucoup plus difficile en psychiatrie d'évaluer et de prendre en charge la douleur.
- Par contre je te rejoins c'est que ça amenait quand même une réelle prise en compte du somatique donc y'a quelques années en psychiatrie à complètement mettre de côté, là on voit bien dans la prise en charge des enfants, il y a des bilans somatiques qui sont faits systématiquement, voilà y'a réellement une prise en compte de cette dimension-là, ça a évolué et c'est très intéressant parce que euh...
- D'où l'intérêt de euh quelque part du diagnostic différentiel de la douleur, par euh par euh un médecin somaticien et puis un médecin psychiatre, et qu'il y ait un... éventuellement un échange entre les deux... Y'a une plus-value évidente pour les patients et peut-être même entre guillemets pour nous.
- Oui.
- Pour l'équipe.
- Pour les soignants, plus que dans peut-être plus dans certains secteurs ou du coup c'est beaucoup plus clair à la base. Après le danger ça peut être aussi ben qu'après ils n'aillent plus chez le médecin traitant. C'est un peu ce qui se passe avec le Docteur Bergot c'est que, euh ils prennent l'habitude de venir à l'hôpital de jour quand ils ont mal pour voir le Docteur Bergot, qui est là, et donc ils vont pas voir le médecin traitant.
- Ça c'est la problématique des hôpitaux de jour, je pense que c'est spécifique aux hopitaux de jour, comme euh...
- Nous on essaie de faire l'inverse pour qu'ils perdent pas contact avec le médecin traitant mais là quelque part là euh...
- C'est vrai que les patients un peu chroniques ils ont leurs habitudes et ils trouvent ça beaucoup plus simple.
- Peut-être qu'ils ont aussi euh une écoute...
- Y'a aussi ça une histoire de confiance.
- Parce que c'est pas forcément des gens qui sortent de chez eux, c'est pas aussi simple que ça non.
- Et l'hôpital a une place aussi tellement importante... Ils vont pas forcément élargir leur euh... leur recherche.

*Donc finalement y'a le fait que la douleur soit euh on va dire plus prise en charge maintenant et à la fois un peu ce danger de euh quelque chose de facile et d'un traitement symptomatique mais à la fois on dépasse quand même cette idée de euh c'est soit psy soit somatique on est vraiment vers quelque chose de globalisé ?*

- Intriqué.
- Oui.

*J'allais vous demander si justement il y avait encore des difficultés que vous aviez remarquées vous en tant que cadres à intégrer la prise en charge somatique dans le soin en psychiatrie.*

- Non (plusieurs)
- C'est en tout cas je le vois en pédopsychiatrie c'est vraiment la préoccupation en synthèse par exemple pour un enfant qui a des douleurs à la tête on va se demander est-ce qu'il a des problèmes de vision enfin c'est vraiment rentrer dans... euh.
- Il y a vraiment une interaction entre le somatique et le psychique.
- Oui bon là c'est des troubles envahissements mais là on voit bien que du fait de la pathologie ils ont une façon de regarder qui est particulière, mais il y a des moments où ça nous alerte on se dit tiens là... Faudrait peut-être enfin y'aurait besoin d'un bilan ophtalmo. On a une vigilance vraiment grande par rapport à... à est-ce qu'il entend bien y'a vraiment un souci et y'a des liens comme ça avec le bilan...
- Après au niveau de l'accessibilité par contre, c'est... l'hospitalisation spécialisée au départ euh de la psychiatrie ça c'est euh.
- C'est compliqué.
- Ça peut être plus compliqué.

*Accessibilité, ça implique ...*

- Ben ça implique euh le patient qui est hospitalisé à Bohars avec un diagnostic un certain diagnostic psychiatrique euh ben qu'est-ce qui est vu en première intention soit par les services somatiques autres ça va être oui est-ce que réellement le patient psychotique a besoin de venir, est-ce que vous pourriez pas le traiter en psychiatrie, et ben, si on peut avoir un souhait en psychiatrie de prendre de façon globale le patient notamment sur l'aspect douleur somatique et autre notamment par exemple en gériatrie je sais que ça se pose aussi parce que c'est des polyopathologies. À un moment aussi il faut prendre en compte de façon globale le patient c'est de se dire, à un moment que sur certaines thématiques on peut être dépassé et qu'il existe des services spécialisés au niveau de l'institution qui sont peut-être plus adaptés sur les pathologies... Mais c'est vrai que de faire reconnaître le problème principal est somatique...
- Ouais (plusieurs).
- Eh ben c'est pas forcément évident... pour les médecins.
- Y'a du mal à faire la limite en fait à partir de quel moment je fais partir mon patient (parle à plusieurs, inaudible)
- Je pense que là les médecins qui voient et qui valident le savent, c'est vrai que ce qu'on arrive à trouver des euh entre guillemets des orientations où le patient est accepté parce que l'accès à certains services c'est pas forcément évident, suivant la demande des spécialités ça c'est une autre euh question mais euh en général je pense qu'on est plus les patients qui sont suivis en psychiatrie et qui nécessitent une hospitalisation en chirurgie ou en obstétrique la demande existe après est-ce qu'on arrive à aller jusqu'au bout de la demande et de la prise en charge du côté somatique, ça questionne quoi.

*C'est-à-dire ?*

- Ben on aimerait avoir on aimerait que ce soit des fois plus simples euh que le patient psychotique c'est d'abord un patient et que des fois il est pas seulement psychotique il est en rémission et il a le droit comme tout un chacun d'avoir accès à n'importe quel service de l'hôpital, et que euh y'a des non-dits, ça reste relativement euh.

*Qu'est-ce qui est non dit ? C'est du côté du soin somatique ?*

- C'est pas nouveau ça c'est pas bref, y'a pas on peut se poser la question de est-ce que c'est plus facile pour un patient lambda sans étiquette d'avoir accès à tous les services qu'un

patient qui est qui a un diagnostic de psychose par exemple ?

- Parfois pour ce qui est des infirmiers qui accompagnent.
- Voilà (en même temps) ça c'est quelque chose qui se fait pas ailleurs, c'est un exemple concret, excusez-moi de vous avoir coupée, mais qui euh qui est très vrai. Quand un patient va de psychiatrie en MCO on demande un accompagnement infirmier de façon assez simple et assez systématique quand un patient passe de gynéco à chirurgie vasculaire ou autre voilà c'est ça on aura jamais cette demande-là c'est que quand même y'a un...
- Et même pour certains retours c'est-à-dire qu'il y a parfois des patients qui reviennent en fait en service de psychiatrie très rapidement de médecine et parfois on est en difficulté en psychiatrie pour prendre le patient en charge parce qu'on n'a pas forcément les infrastructures... ne serait-ce que l'oxygène ou euh euh donc voilà c'est beaucoup plus compliqué et on sent bien que parfois la psychiatrie fait peur et donc si on peut rapidement renvoyer le patient dans son service d'origine voire même dans un service où il est pas passé avant parce que on a parfois des patients qui sont transférés de MCO parce qu'un jour ils sont passés en psychiatrie donc euh ben faut qu'ils sortent et donc on va les renvoyer en psychiatrie comme ça... c'est rassurant.

*Une certaine peur euh qui transparait dans les relations de service à service enfin quand c'est d'un service de psychiatrie à un service de médecine ? De prendre en charge un patient de psychiatre même stabilisé ou en rémission ?*

- Ça c'est un problème de méconnaissance.
  - De peur aussi.
  - Mais parce que la peur elle est due à la méconnaissance des pathologies enfin comment, la première enfin cadre (se désigne) en MCO, quand on annonce un patient psychiatrique j'étais inquiète enfin comment on va le surveiller comment et qu'est-ce qu'il va pouvoir faire donc euh non.
  - Nous on a des EHPAD qui refusent du temporaire parce que c'est des patients de psy.
  - Mmmmh (approbation, en même temps).
  - Le dossier est bon, on leur envoie mais non ben c'est.
  - Et puis les gens peuvent être aussi momentanément stabilisés, c'est pas qu'ils veulent pas les prendre mais ça résonne.
  - (parle en même temps) Mais ça ils veulent pas y'a l'étiquette psy donc on peut prendre quelqu'un qui vient de psychiatrie, c'est pas comme ça normalement qu'il faut réagir mais... On a eu des refus de temporaire à cause de ça, des patients qui étaient tout à fait stabilisés, qui étaient très bien en hébergement temporaire, fallait une structure seulement c'est non bam d'entrée de jeu.
- Y'a une étiquette qui fait que...
- Ben dès qu'ils voient marqué psy voilà hop le dossier (geste de jeter) ils prennent le dossier de quelqu'un qui a jamais été en psychiatrie.

*Vous pensez que ça va jusqu'à une perte de chance pour le patient ?*

- Ah ba c'est le cas

*Pour l'hébergement temporaire*

- C'est le cas, on finit toujours par trouver un hébergement temporaire ailleurs mais euh ce sera du systématique on sait on en voit même plus le dossier on sait que dès qu'il vont voir psy ce sera marqué refusé, on ouvre même plus les dossiers chez eux on sait très bien... Y'en a qui acceptent plus facilement, c'est très bien...

## 7.2.2 FOCUS GROUP 2

*Qu'est-ce que vous pourriez dire de la douleur chez vos patients ?*

- Eh ben la douleur pour moi elle représente l'état psychique de la personne. Souvent quand elle est pas bien elle, la douleur, enfin c'est vrai que ça dépend ; on voit la douleur par exemple la personne est bien elle va dire j'ai mal à la tête j'ai mal au cou j'ai pas au pied j'ai mal euh voilà et euh et quand on va un peu plus loin, pour certaines douleurs bien sûr y'a des douleurs autres que ça, quand on va un peu plus loin c'est la personne qui va chercher un petit peu l'entretien qui va chercher un peu le euh qui a besoin en fin compte de euh

- D'attention

- Ouais d'attention, qu'on soit avec euh cette personne. Donc on voit cette douleur-là, elle est présente, et c'est ce qui est assez compliqué ; la douleur parce que euh quand on dit bon t'as mal à la tête mais euh quand on essaie d'aller à côté hein, le mal de tête il ressort c'est euh, c'est euh... Moi j'ai vu une personne qui me dit j'ai mal au dos, et quand elle disait j'ai mal au dos eh ben je comprenais j'en ai plein le dos et bon tu dis as mal au dos ou tu as envie de parler... donc je lui ai donné le choix dites-le et elle m'a dit j'ai envie de parler voilà tu vois donc euh... Qu'est-ce que... La douleur est difficile des fois à définir en psychiatrie... plus qu'à l'hôpital général je pense. Enfin, la douleur physique bien sûr.

*-C'est une impression que vous avez toutes ?*

- Mmm (affirmation)

- Ouais

- Je trouve que c'est une douleur souvent sous-estimée. Je pense à tous les services que j'ai faits en tant qu'aide-soignante euh que ce soit EHPAD ou services généraux etc., on va souvent comparer un patient qui a eu telle douleur qui la supportait très bien à un autre la même douleur au même endroit et qui la supporte... beaucoup moins. Et euh, c'est pas forcément enfin c'est à prendre en compte euh par patients au final.

- Et tu rencontres ça ici en psychiatrie ? Une comparaison... ?

- Non j'ai pas trouvé.

- En psychiatrie je pense que...

- C'est très individualisé, je trouve.

- Ouais.

- Je parlais de la douleur en général.

- Là y'a une patiente qui vient nous voir plusieurs fois par jour pour réclamer du doliprane parce qu'elle a mal à la tête. Et elle arrive tout le temps avec le sourire. Donc l'équipe a été allée voir un neuro et tout ça, pense qu'au final elle a pas vraiment de douleur, alors que c'est difficile euh, c'est difficile à évaluer parce que quand on lui demande au niveau de l'échelle de la douleur, de 0 à 10 bé elle dit 10 avec le sourire, donc on pense qu'en fait elle a surtout besoin d'attention et que c'est pareil, et que si on lui donnait euh en systématique parce que la question a été posée de lui donner 4 fois par jour en systématique, elle reporterait sa demande sur autre chose, pour avoir cette attention là encore.

- Une douleur psychique.

- Enfin c'est plus un besoin de euh du soignant de l'accompagnement.

- Alors cette douleur...

- C'est plus un élément pour venir nous chercher.

- Mmm.

- Ouais (inaudible, parlent en même temps)

- Pour avoir un alibi un contact.

- C'est que c'est un alibi ou c'est quelque chose pour dire j'ai mal, et elle a vraiment mal c'est-

à-dire et la douleur peut être une angoisse qu'elle peut pas expliquer elle peut pas poser de mots donc du coup c'est vrai que c'est compliqué parce qu'on doit chercher, aller un petit peu plus loin.

- Ben nous on avait une patiente la semaine dernière qui avait des douleurs au niveau du genou, et donc on est allé lui faire passer des radios etc. et au final on se rendait compte que dans le service, enfin certains soignants se sont bien rendus compte que cette douleur elle en avait pas, elle en jouait un petit peu et au final, en fait c'était juste une douleur euh une douleur plutôt liée à sa vie de famille où elle avait plus de contacts avec sa famille et du coup elle avait besoin de somatiser entre parenthèses la douleur sur son genou et sauf qu'au final la douleur est partie toute seule du genou et elle avait juste mal au cœur quoi.

- En fin de compte c'est le corps qui parle, à travers.

- En fait c'est ça ouais.

- Et peut-être que le mot douleur c'est un mot qu'on peut placer, j'ai mal là j'ai mal là, et c'est le corps qui parle.

- Mmm (approbation).

- Et voilà.

- Et un jour on lui a demandé est-ce que c'est au genou que vous avez mal ou au cœur et enfin ce jour-là elle a mal réagi parce qu'on avait vraiment touché... le point sensible quoi.

- C'était quoi la question au fait ? (rires)

*La douleur chez vos patients.. .Comment ça se passe en pratique ?*

- En pratique quand quelqu'un a mal, l'échelle de la douleur je ne lui trouve pas beaucoup de sens. Déjà quand tu expliques l'échelle de la douleur il sont là...

- Mmm (en même temps, approbation).

- D'accord donc je peux dire 0, je peux dire 10, ah oui c'est souvent les extrêmes.

- Il y a même certains qui répondent 11 ou 12 alors qu'ils ont le sourire et que tout va bien.

- C'est difficile qu'est-ce que ça veut dire échelle de la douleur pour eux. Donc c'est compliqué d'évaluer l'échelle de la douleur par rapport à un protocole enfin à une norme, que nous on va donner, une évaluation et euh voilà, c'est compliqué.

- C'est plus facile à évaluer sur le faciès.

- Mmm (en même temps).

- La FLACC (en même temps) (inaudible, parlent en même temps).

- Le faciès, la personne, la façon dont elle marche.

- Mmm (en même temps).

- La position (inaudible, parlent en même temps).

- Mmm parce que même quand on leur dit que 10 c'est une douleur qui est insupportable insurmontable eh ben, enfin ils hésitent pas à le dire quand même alors que 6 finalement ça va.

- Et euh oui ça va peut-être au niveau douleur physique mais.

- Mental

- Oui, y'a quelque chose de plus ouais.

- Y'en a beaucoup chez qui c'est plus une souffrance morale...

- Mmm (approbation).

- Qu'une douleur physique

- Alors sur la même patiente que tu dis la douleur hein, cette patiente j'ai donc trompé un peu les prescriptions euh, tu vois j'ai vidé les cartouches, les gélules de doliprane, j'ai fait des tests euh doliprane gélules vidées et euh voilà et j'ai évalué à la suite et du coup elle avait plus mal mais entre-temps j'ai parlé avec elle, j'ai évalué et elle avait plus mal donc c'est euh, alors après on peut pas dire qu'elle ment, on a pas le droit de dire ça, qu'elle trompe pas c'est que vraiment il y a quelque chose, mais euh voilà.

- Mais pas forcément (inaudible).

- Quelqu'un qui a une carence affective...
- Mmm, en l'occurrence.
- La douleur était présente, quand elle dit j'ai mal au pied, elle rappelle dans sa douleur, elle va rappeler par exemple son vécu de sa mère quand on l'avait laissée avec une entorse, y'avait eu un plâtre et tac en fin de compte c'est ce qui revient, c'est sa mère.
- C'est vrai qu'en psychiatrie, moi étant pour la première fois en psychiatrie, je me rends compte que ce qui joue énormément c'est les histoires de vie, des histoires de vie très dures, et euh inévitablement ça, ça joue sur l'ensemble de leurs maux.
- Mmm (approbation).
- On sent que leur vécu qui a été difficile joue sur la vie actuelle.
- Oui et puis à l'hôpital ils ont quelqu'un à qui s'adresser, dehors peut-être que non sauf le médecin traitant souvent.
- Ouais mais bon ils sont pas complètement...
- Si souvent les médecins traitants en ville ils sont, ils connaissent bien leurs... et à l'hôpital on est là pour ça pour qu'ils adressent leur euh... Après faut pas... Faut pas... Faut faire attention parce que quand quelqu'un dit j'ai mal c'est qu'il a mal, il ne ment pas, il y a pas de doute.
- Ah oui/mmm (en même temps).
- Y'a un problème.
- Faut savoir si la réponse elle est médicamenteuse ou autre

*Autre, comment ? C'est-à-dire... ?*

- (inaudible/bruit) Y'a des fois des patients qui peuvent arriver, ils sont contrariés, aoww ils ont très mal à la tête et puis finalement, la douleur passe au second plan voire n'existe plus parce que euh, toutes leurs angoisses euh.
- Ils ont juste besoin d'un soutien moral, pas forcément médicamenteux. C'est juste besoin de parler quoi, d'exprimer la douleur de verbaliser.
- Comment vous arrivez à sentir justement quand il faut euh être du côté de l'accompagnement de l'entretien de la réassurance ou à l'inverse dans une prise en charge somatique ?
- Je pense qu'il faut être dans l'entretien d'abord, parce qu'à travers l'entretien déjà tu vas détecter si vraiment le somatique est... tu vois tu arrives en entretien la personne va t'exprimer des choses, ça va être dans l'entretien que tu vas évaluer là l'échelle de la douleur, avec ses mots, avec ce qu'il dit. Donc l'entretien est probablement euh la première chose à faire. Maintenant faut...
- Et si c'est somatique demander un...
- Si c'est chronique, si c'est aigu, l'intensité, la localisation.
- Et à la rigueur, je demande jamais si les gens ont mal, parce que euh tu vois par exemple toutes les semaines on fait l'évaluation de la douleur, alors moi je l'ai jamais faite depuis que je suis dans le service et je peux pas. Je peux pas ; je peux pas demander aux gens vous avez mal, parce qu'on induit tout.
- Mmm (approbation).
- (poursuit) On induit complètement donc j'évalue pas je demande pas mais par contre quand tu vas parler avec les personnes y'a des mots, y'a des mots autres euh... A part ça tout va bien, voilà et la personne va dire, tiens j'ai mal au dos la nuit, enfin voilà et... en fin de compte c'est dans l'entretien que tu arrives à évaluer je pense un peu plus.

*Dans vos services ça se passe comment ?*

- Ben...

*Vous passez par un entretien aussi ?*

- Alors, euh... Il y a plusieurs politiques.
- Nous je sais qu'une fois par semaine.
- Quelqu'un qui a plus souvent mal et ben y'a probablement le ras-le-bol de l'équipe, c'est prescrit on lui donne et il y a plus d'entretiens et du coup ça devient banalisé, on banalise un petit peu la douleur parce que voilà c'est prescrit doliprane j'ai mal à la tête bah tiens voilà, t'as eu à y'a 6 heures du coup c'est bon je peux te donner, l'entretien se fait plus en effet. C'est... du coup c'est banalisé. Tu trouves pas ?
- Bah moi je viens de l'hôpital général, tu vois c'est différent il y a quelqu'un avec une plainte douloureuse, j'essaie de savoir depuis combien de temps, si ça été comme ça souvent, si c'est soulagé par les antalgiques ou pas voilà mais de principe quelqu'un qui se plaint d'avoir mal je vais lui demander un peu euh de quantifier euh enfin de qualifier sa douleur mais je vais lui faire une proposition quand même de médicament antalgique. Voilà c'est ma démarche mais tout en demandant quand même voilà est ce que ça soulage et de réévaluer après.
- Mais t'as vu personne
- Parce que moi j'ai énormément mal à la tête ou autre, en face quelqu'un propose un entretien...
- ... J'ai très mal à la tête, est ce que je peux bénéficier d'une euh voilà et ensuite on discutera mais euh tu vois ?
- Je comprends tout à fait par contre, quand t'as une personne.
- Mais ça dépend des personnes.
- (poursuit) Voilà justement quand t'as une personne comme la patiente dont tu dis là euh. Cette personne elle vient te voir très régulièrement j'ai mal à la tête j'ai mal à la tête j'ai mal à la tête au départ tout le monde essaie de travailler avec ça, avec elle ça, de chercher.
- Oui mais quelqu'un qu'on connaît bien.
- (poursuit) D'évaluer.
- Pour voir si la douleur est somatique ou psychique, à long terme ou.
- (poursuit) Avec elle on cherchait au départ, et maintenant on sait tiens (geste de tendre quelque chose).
- Et la chronicité n'est pas soulagée.
- Voilà c'est euh.
- Bah l'usure aussi.
- Oui c'est l'usure.
- Ça peut user une équipe je pense.
- Bah quand les patients sont chroniques.
- Ça use une équipe.
- Ben j'ai entendu ce matin quelqu'un qui disait que pareil eh ben moi une fois je refuse parce qu'elle me demande avec le sourire, trois je refuse parce qu'elle est toujours là avec le sourire et qu'elle a l'air d'aller très bien et puis au bout de trois fois, je me dis allez je lui donne son doliprane parce qu'elle finit par m'user et donc du coup ben elle a son doliprane, elle a eu ce qu'elle voulait mais est-ce que c'est vraiment ça qu'elle veut ?
- Oui c'est pas... voilà c'est (inaudible, plusieurs à parler).
- C'est au cas par cas (inaudible, plusieurs à parler), ça dépend des patients, tu les connais pas d'emblée.
- Du caractère du patient aussi.
- Bah on connaît nos patients aussi parce que bon même s'ils sont pas là euh tout le temps c'est des personnes qui reviennent, maintenant ce qui pose problème peut-être c'est que l'évaluation de la douleur chez la personne chronique notamment hein, et par exemple après c'est des mots c'est des questions de mots faut faire attention parce que quand un patient il dit moi j'ai droit à un antidouleur si besoin donc j'ai eu ce matin il faut me le donner.



- Mmm, ouais (approbation).
- Voilà donc là tu te dis là on va peut-être évaluer un petit peu.
- Le si besoin devient systématique au bout d'un moment.
- Peut-être évaluer pour pouvoir...
- Après ça dépend vraiment du caractère du patient parce que nous par exemple on a une patiente euh c'est pas du tout du genre à venir se présenter et du style à venir nous dire qu'elle a des douleurs et euh donc du coup quand elle se présente je pense qu'on va tout de suite la prendre en charge au niveau douleur parce qu'elle a tellement des difficultés à se plaindre que quand elle se plaint il y a vraiment quelque chose quoi.
- Quand quelqu'un se plaint de douleur tu réagis, après il y a des patients qui sont euh qui parlent à travers la douleur à travers le somatique voilà c'est euh ils sont plus à l'aise à travers le somatique pour dire j'ai mal quelque part.
- Mmm
- Et après je trouve aussi qu'en psychiatrie euh on évalue plus facilement la douleur d'une personne qui est en dépression plutôt que quelqu'un qui est psychotique depuis de nombreuses années. Quand c'est des patients qui sont là depuis peu et qui sont en dépression etc. et ben on va évaluer plus facilement leur douleur et prendre en compte je sais pas pourquoi je pense que c'est qu'on pense qu'ils sont un peu plus lucides ou (inaudible, plusieurs à parler).
- En psychiatrie on prend en compte énormément parce qu'un psychotique qui se plaint de douleurs euh là faut réagir parce que les psychotiques ils peuvent se casser un membre et rien dire. Ils supportent la douleur de façon impressionnante et euh du coup un psychotique qui dit j'ai mal au dos j'ai mal quelque part voilà. Il faut être hyper vigilant là-dessus parce qu'ils vont pas forcément se plaindre.
- Oui
- Ils vont rester avec des douleurs et on peut être surpris.
- Là on a un patient qui depuis deux jours est... est agressif et du coup on se demande si il n'a pas une constipation et des douleurs qu'il ne peut exprimer parce qu'il se parle pas, et qu'il est dans un repli autistique et du coup on peut pas... (inaudible, plusieurs à parler) est-ce que du coup il montre sa douleur par l'agressivité, mais c'est quelque chose qui est difficile à gérer parce que du coup il est, il ne parle pas ; le non verbal il ne l'entend pas non plus, et... bon qu'est-ce que je veux dire... il y a pas de contact visuel (inaudible, parlent à plusieurs), même les jours avant où il était moins agressif on vit quand même qu'il y a une douleur qu'il y a quelque chose (inaudible plusieurs à parler).
- Ouais ouais mais habituellement il est pas agressif euh.
- C'est qu'il y a un problème.
- Et du coup c'est vraiment compliqué à savoir est-ce qu'il a mal est-ce que euh on pensait à la constipation pour lui parce qu'il peut pas verbaliser, je veux dire à moins qu'il...
- Ça peut pas être évalué.
- Ben je sais pas de toute façon il y a que les hommes qui s'en approchent, nous on s'en approche pas donc je sais pas, après des palpations faut euh.
- Après ... Après faut appeler le médecins.
- C'est vrai que euh ils cotent, mais c'est aussi difficile d'évaluer la douleur quand, avec des personnes...
- C'est vrai que l'agressivité peut montrer la douleur.
- Ah ouais hein.
- Complètement, enfin nous on voit avec chacun de nos patients lorsqu'ils ont pas pour habitude d'être agressif et qu'ils deviennent agressifs, quand on creuse un peu souvent on trouve souvent qu'il y a une douleur.
- Très souvent la douleur physique est reliée à la douleur psychique.
- Mmm (approbation).
- On constate dans les douleurs chroniques, c'est quand même bien (silence). Je trouve ça

intéressant des fois de donner de façon systématique des antalgiques pour les gens qui ont des plaintes douloureuses soit au niveau du dos soit à d'autres endroits pour voir effectivement si c'est soulagé, si le comportement change avec des antalgiques.

- Mmm (approbation).

- (Poursuit) Parce que ça peut aussi effectivement entraîner de l'agressivité ou un repli sur soi le fait d'être douloureux constamment.

- Mmm (approbation)

- (poursuit) Ça nécessite d'être évalué par des équipes successives.

*Au niveau de la plainte douloureuse du coup vous vous décrivez surtout de l'observation de changement de comportement et de l'observation de patients chroniques que vous connaissez bien, est-ce qu'il y a des échelles que vous mobilisez, des outils très standardisés que vous utilisez des fois ?*

- Moi j'utilise pas d'échelles ou de choses comme ça, non je trouve que la personne va utiliser des mots et je vais capter ces mots quoi. Euh les échelles ça pour parfois pour le patient ça veut rien dire déjà les mots qu'on va utiliser ce qu'on va dire n'aura pas forcément le même sens pour lui, du coup c'est compliqué euh je trouve que les échelles c'est au moins pour les psychotique c'est très compliqué.

- Les génériques ?

- Oui puis les échelles en général quoi parce que toi ce que tu considères lui le considère pas, tu vois il a une vision complètement euh voilà quoi par contre si avec son mot il est capable de dire j'ai mal à l'épaule s'il est capable de le dire voilà c'est euh maintenant évaluer la douleur c'est vrai que c'est compliqué.

- Nous je sais que c'était dans le service une fois par semaine avec les constantes.

- Oui enfin nous on le fait mais...

- (poursuit) mais je trouve que ça a pas vraiment de sens pas les constantes mais de faire plusieurs (inaudible) pour donner une idée mais je pense pas que ça a vraiment...

- Mais c'est même pas une idée pour moi tu induis, demande à quelqu'un tu évalues la douleur voilà est-ce que vous avez mal, voilà tu induis c'est ce qui est fait dans le service aussi et là tu induis la douleur.

- Et puis ça sert à quoi au final parce que je pense qu'une personne qui dit qu'elle a mal à dix sur dix alors qu'il a le grand sourire je pense pas que le médecin va décider de changer et d'augmenter son traitement.

- Rien n'est fait.

- (poursuit) Vu qu'il a dit que l'échelle est à dix sur dix.

- Non l'échelle est faite toutes les semaines mais...

- Ça impacte en quoi.

- Elle n'est pas utilisée.

- Voilà, ouais (ensemble).

- (poursuit) à la rigueur moi je fais pas mais je sais tout le monde le fait mais l'échelle n'est pas utilisée.

- Ouais.

-A la rigueur.

- Elle est pas, c'est pas révélateur... complexe.

-Les gens se plaignent d'avoir des douleurs et après quand on regarde tu proposes pas quelque chose, ça apparaît tôt.

- Qu'est-ce que tu veux dire ?

- Certaines fois tu peux évoquer des tensions ou des choses comme ça qui vont focaliser des angoisses et tu peux dire voilà d'aller un peu marcher au lieu de passer toute la journée au lit parce ce que si je passe toute ma journée au lit j'aurai aussi un lit confortable, il y a des choses comme ça qu'on peut proposer.

- Les échelles.

- (poursuit) pour moi pour les psychotiques j'ai du mal à comprendre, il y a pas que des psychotiques sur l'hôpital non plus.
- Non je dis pour moi pour les psychotiques j'ai du mal à comprendre euh pour les personnes qui captent l'échelle notamment bon euh voilà les névrosés euh peuvent capter bien le terme de l'échelle enfin bien le sens de l'échelle euh le psychotique pas forcément hein ; qu'est ce que ça veut dire dix pour lui ?
- Autant que zéro.
- On a du mal avec la maladie d'Alzheimer démence de Lewy ou autres démences on utilise l'échelle FLACC en fait.
- Mmm, c'est vraiment sur l'observation.
- Mmm le faciès.
- Si elle est recroquevillée, si elle a le front euh froncé, c'est vraiment que sur l'observation physique je trouve. (inaudible) Je trouve qu'en psychiatrie ça se rapproche un peu plus là-dessus c'est plus.
- Oui (inaudible) enfin pour certaines pathologies pas pour tout le monde mais pour certaine pathologies c'est le cas.
- Mmm ; après je trouve que ça dépend vraiment des enfin la douleur dépend vraiment du fait qu'on soit en psychiatrie parce que euh précédemment j'étais en service de chirurgie et on faisait pas forcément attention aux antécédents des patients qui soient en psychiatrie ou non et lorsque la douleur était au-dessus d'une de 5 sur l'échelle de la douleur, ben systématiquement on leur donnait du doliprane, donc euh, et on faisait pas attention qu'ils soient en psychiatrie ou non.
- Vous faisiez pas attention aux antécédents.
- Non
- Après la (inaudible) sur le lieu de l'opération sur son problème.
- C'était généralisé.
- C'était généralisé.
- Ouais, complètement. (inaudible)
- S'il vous plaît pour l'enregistrement je vous demande de prendre la parole l'un après l'autre allez-y allez-y.
- Quand t'as subi une chirurgie généralement t'as quand même besoin d'antalgiques, c'est assez douloureux.
- Oui oui oui c'est clair.
- (poursuit) Et souvent les gens qui arrivent en chirurgie que ce soit chirurgie abdominale ou autre la symptomatologie douloureuse c'était ça le motif d'entrée déjà donc je trouve assez normal de questionner sur euh l'échelle de douleur et de prescrire les antalgiques. On peut noter quand même que enfin moi j'ai travaillé en chirurgie viscérale, souvent les gens arrivaient pour les douleurs, bon on hébergeait pour d'autres services, ils arrivaient aux urgences pour des douleurs, adressés par le médecin traitant SOS médecin ou autre et ils arrivaient dans le service sans prescriptions d'antalgiques ce qui était assez fort. Et sans en avoir reçu aux urgences.
- Ouais ce que je veux dire en fait c'est que juste qu'on couvrait la douleur avec les antalgiques enfin le patient avait mal on lui demandait pas forcément l'accord, aussi bien c'était une personne qui s'était fait amputer on peut comprendre qu'elle ait mal psychologiquement aussi enfin sa douleur est peut-être pas forcément physique c'était psychique aussi on peut comprendre que euh bah voilà il puisse avoir la et c'était enfin il y avait pas du tout de suivi par derrière, on creusera pas pour savoir si c'était psychique ou physique au final c'était immédiatement couvert par des antalgiques et je trouvais ça dommage que ça soit pas plus poussé quoi.
- C'est l'hôpital général aussi.
- C'est ça. Voilà donc euh.
- Après l'angoisse de la douleur elle majore la douleur, donc si on peut au moins essayer de

la soulager et après s'occuper des angoisses, en fait ça dépend c'est vraiment au cas par cas.

- Mmm (approbation)

*Vous parliez de traçabilité du sens que ça avait de tracer la douleur d'être vraiment dans les de suivre un peu petit peu les recommandations qui ont été un petit peu par la certification, qu'est-ce que vous voyez dans le changement de pratique quel sens ça a ?*

- Ben...

- Ça peut enfin personnellement après avec mon œil neuf en psychiatrie je trouve que c'est le fait de le faire une fois par semaine c'est le côté institutionnel et c'est pas le côté personnalisant de la personne et je pense que c'est pas enfin ce côté devrait primer.

- C'est une réponse à la certification.

- Ouais, mais c'est vrai que c'est pas assez euh.

- C'est une réponse à la certification on va induire la douleur du coup et euh voilà.

*Et justement du coup qu'est-ce qui pourrait être plus personnalisant ?*

- Bah plus personnalisant déjà c'est pas global c'est une personne qui dit j'ai mal, bon on voit (inaudible), une personne qui dit pas j'ai mal et on le voit sur son visage euh voilà on voit la démarche qui a changé, euh voilà qu'elle a du mal à se lever voilà c'est euh c'est euh c'est évaluer tout ça c'est essayer de chercher quoi.

- C'est à faire tous les jours.

- A faire tous les jours mais du coup (parlent ensemble) c'est la prise en charge euh...

- Globale.

- Voilà c'est une prise en charge normale où on est pas là à la rigueur en train de se dire aujourd'hui c'est le jour de l'évaluation de la douleur

- Mmm (approbation).

- C'est ça qui me gêne.

- C'est enfin voilà, on évalue la douleur aujourd'hui, alors c'est noté sur l'ordinateur oui, c'est noté sur l'ordinateur chaque semaine il y a l'évaluation de la douleur personne ne regarde hein voilà c'est...

- Mmm (approbation).

- C'est euh parce que c'est la certification tu vois on répond clairement, tu vois on répond vraiment à la norme.

- Au final, ça sert à rien parce que le jour où on remarque que telle personne a vraiment mal on va faire les transmissions ciblées on va faire des transmissions orales, on va s'en occuper essayer de s'entretenir avec lui savoir le pourquoi du comment, en parler au médecin, enfin, on prend soin quoi.

- Oui alors que là on regarde pas les antécédents.

- Tandis que aujourd'hui je vais demander à tous mes patients si ils ont mal.

- Mais les échelles à la rigueur voilà.

- Voilà.

- Les échelles quand tu fais les échelles et que t'as un psychotique qui a du mal à se prononcer sur une échelle c'est difficile, même se prononcer sur euh sur voilà sur une échelle visuelle ou euh si la personne sourit voilà c'est compliqué, c'est compliqué mais tu évalues, tu évalues la douleur si tu fais des entretiens réguliers normalement les entretiens réguliers médicaux tout ça, tu peux évaluer la douleur et en fin de compte c'est noté dans IPS.

- Oui

- Mais du coup c'est plus dilué c'est beaucoup plus dilué et quand quelqu'un a mal eh ben euh... On voilà t'as mal il y a ceci il y a une évolution, on signale et quand quelqu'un a mal il faut être vigilant quand quelqu'un dit j'ai mal on est obligé, faut être vigilant, c'est pas du

n'importe quoi.

- Dans tous les cas il faut la prendre en compte.
- Il faut la prendre en compte quelle que soit la douleur, faut prendre en compte la plainte.
- Et prendre le temps de la prendre en compte et de l'écouter.
- Écouter peut suffire.
- Écouter ça peut suffire ou faut donner quelque chose ou vraiment donner un antidouleur voilà.

*D'un point de vue clinique il y a toujours ce, c'est un souci que vous aviez avant la certification déjà ?*

- Moi je trouve qu'en psychiatrie on lâche vraiment moins facilement un doliprane quoi. Par exemple par rapport à l'hôpital c'est le doliprane il est donné beaucoup moins facilement, et la personne va devoir venir plusieurs fois au poste de soin se plaindre alors que dans les autres services euh on doit comme ça quoi.

La douleur c'est moins la douleur physique en psychiatrie c'est pas entendable de la même façon qu'en médecine ?

- Si mais du coup on donne plus de doliprane c'est ça que tu dis.
- Ouais ouais
- Voilà on est plus dans dans la réponse comme je dis il y a des chroniques où il y a l'équipe qui dit bon ben voilà c'est prescrit on donne, mal à la tête, mal au dos.

*Alors qu'en médecine en service de médecine ça se passe comment ?*

- Ben en service de médecine je trouve que c'est différent, je me rends compte sur mon précédent stage mais vraiment dès qu'il y avait une douleur on cherchait pas à comprendre on donnait l'antalgique quoi, alors que ici quand c'est prescrit oui on fait mais sinon vraiment ça va être fait en plusieurs temps quoi c'est pas immédiat c'est... je sais pas ce qui y'a de mieux au final, mais euh.

- C'est pas immédiat parce qu'on regarde souvent la prescription, la personne dit euh voilà j'ai été dehors j'ai vu ma famille là j'ai mal au crâne ceci cela, voilà il y a tout un ensemble c'est complètement dilué j'ai vu ma famille euh j'ai mal à la tête euh qu'est-ce qui se passe ? Qu'est ce qui se passe ? Et donc t'es obligé de fouiller t'es obligé de trier d'évaluer et de voir avec elle, tu peux pas être dans l'immédiat, toc toc j'ai mal à la tête prenez du doliprane.

- Ouais voilà.

- Est-ce que derrière ça il y a eu autre chose qui fait que l'angoisse est là quoi probablement et peut-être qu'il y a les deux, l'angoisse et les maux de tête.

- Ouais voilà ce que je trouve c'est que en médecine c'est plus vous avez mal on vous donne le doliprane quoi, c'est... on cherche pas forcément... alors qu'ici.

- La question somatique ou psychique elle va se poser dans tous les services.

- C'est clair.

- Parce que là le fait d'être hospitalisé en chirurgie ou autre quand c'est la première fois, quand on a une perte d'autonomie qu'on se retrouve inquiet, ça peut être voilà ça peut être aussi psychique.

- Oui mais ils n'ont pas les personnes qui c'est pas enfin ici en psychiatrie ils ont des personnes avec qui ils (parlent en même temps, inaudible), ici ils vont s'adresser aux soignants qui connaissent si c'est une angoisse ou ceci cela, quand t'es hospitalisé à l'hôpital général, bah 3 -4 jours...

- C'est des inconnus c'est des courts séjours et euh.

- T'auras du mal à parler de ton angoisse.

- Trois infirmières en trois jours et ben c'est le clivage qui est dommage c'est-à-dire qu'en psychiatrie on va dire que le douleur est probablement psychique alors que ça t'empêche pas d'avoir de l'arthrose et (parlent ensemble, inaudible pendant plusieurs secondes).

- La douleur elle est pas forcément psychique.

*Vous parliez de prise en charge globale alors justement comment vous voyez la possibilité d'être dans le psychique et dans le somatique ?*

- T'es obligé de voir le psychique avant de voir le somatique. Quelqu'un qui dit j'ai mal à la tête par exemple de façon très régulière comme une petite jeune là, et ben t'es obligé de normalement au départ c'est ce que je faisais j'allais fouiller bien plus loin et euh voilà t'es obligé mais elle cédaît parce que c'était son heure de doliprane hein c'était ça, et euh donc après elle cède pas donc c'est comme ça c'est son heure de doliprane elle a droit au doliprane et puis elle avait besoin de, c'est une personne à qui j'ai enlevé aussi le euh.

- Le placebo est un traitement.

- Ouais je lui ai donné du placebo j'ai voulu faire mes tests parce que c'est intéressant aussi de faire des tests mais voilà j'ai enlevé et je lui ai demandé ça va mieux ? Et je demandais ça 5 minutes après et puis elle me dit oh bah non je peux pas dire tout de suite ça n'a pas encore agi, ah bah le doliprane ça agit vite que je fais (rires) ouais le doliprane ça agit très vite surtout sur les maux de tête, tac et puis elle me répondait moui peut-être ça commence à agir, bon ben tant mieux tant mieux allez.

- Le doliprane de X est surpuissant.

- Ah oui hein c'est pas du 1000 hein.

- Et je suis sûre que bon en même temps si tu veux je suis persuadé que cette petite jeune rien que le fait de lui parler d'être avec elle, d'être seule avec elle c'est ça aussi qu'elle recherche elle a besoin de euh d'assurance elle a besoin d'une relation d'aide te voilà et voilà donc mais c'est quand même dommage d'être obligé de donner du doliprane pour aller vers cette relation-là. Je trouve que la placebo et c'est un danger le placebo mais je trouve que le placebo devrait être permis un petit peu, parce euh.

- Pourquoi un danger ?

- Hein ?

- Pourquoi un danger ?

- Après parce que la personne s'y habitue.

- Ben à cause de euh euh elle, elle peut en prendre tout le temps tu vois ?

- Mmm avec la fonction hépatique.

- Oui la fonction hépatique tout ça c'est pas rien quoi du doliprane.

- Mmm et puis si elle sent aussi qu'elle est dans une structure elle va dire oui mais moi à Bohars on m'a donné tout le temps tout le temps mon doliprane alors que.

- Mmm.

- Oui mais le doliprane c'est pas aussi.

- Oui... mais non.

- Non mais bon je veux dire que le jour où elle sort d'ici avec un placebo mais elle aura droit d'autant plus qu'ici.

- Mmm.

- Voilà c'est du coup c'est un peu dommage par contre quand quelqu'un me dit j'ai mal enfin généralement quand les gens me disent j'ai mal faut entendre, faut entendre la douleur ça c'est sûr.

*Alors justement la plainte douloureuse chez le patient chronique c'est, ça peut être compliqué puisque vous les connaissez bien euh techniquement les patients qui se plaignent pas il y a des problèmes de reconnaissance de la douleur quelles difficultés ?*

- Là tu tu euh (inaudible, plusieurs parlent).

- Au faciès (en chœur).

- S'il y a une mobilité qui est un peu réduite enfin.

- À partir du moment où on voit que.
- Grimacent quand ils essayent de se lever ou des choses comme ça.
- Ouais voilà.
- On est quand même dans l'observation, on voit aussi si ils sont plus euh.
- Être dans l'observation.
- Prostré ou qu'il a plus envie de manger, on essaie de voir pourquoi qu'est-ce qui se passe, voire les questionner.
- Et quelqu'un qui va dire j'ai mal alors qu'il ne se plaignait jamais là t'es encore plus vigilant. Qui se réveille la nuit pour dire j'ai mal, euh voilà c'est pas rien quoi. Et tu vois on est pas dans l'échelle. J'ai joué à l'échelle avec ce monsieur, jouer à l'échelle, et je lui avais expliqué ce que c'était l'échelle je lui dit voilà écoutez voilà essayez de vous positionner sur l'échelle, il me regarde il me fait euh... 10, et puis je fais 10 c'est euh costaud. Bon 8 bon il arrivait tu vois à se représenter, s'il se mettait déjà entre 8 et 10 c'est que c'était costaud. Et euh et donc bon quand même pour lui c'était des douleurs qui étaient très très dures je pense parce qu'il se réveillait la nuit, il se réveillait jamais et lui il avait toujours la sourire,
- Toujours.
- Mais il était agressif.
- Par contre certains jours il réagissait.
- Irritable.
- Oui irritable mais quand il disait j'ai mal il le disait toujours avec le sourire.
- Mmm.
- C'est difficile hein.
- Le sourire peut être trompeur aussi.
- Bah après on voyait ça parce que hier elle s'est elle s'est fait mal volontairement avec un bout de bois comme si ça avait été une lame et euh scarifiée avec un bout de bois, là par contre c'était vraiment écrit j'ai vu dehors et elle me dit elle m'appelle en me disant j'ai mal j'ai mal regarde mon bras mais vraiment son visage était très marqué par la douleur, il y avait pas un sourire alors qu'auparavant c'était le sourire du doliprane, ben elle a eu la frustration du doliprane après il y a eu d'autres frustrations qui ont fait monter son angoisse qui ont fait faire ça et là vraiment c'était écrit sur son visage qu'elle avait mal, c'était écrit sur le bras aussi. Et c'était flagrant du coup mais après comme je dis elle peut revenir avec le sourire mais qui peut dire que euh qui peut dire qu'en fait elle n'a pas mal, personne. Si elle dit qu'elle a mal peut-être qu'elle a vraiment mal, c'est compliqué.
- Et puis où elle a mal...
- Elle dit qu'elle sait pas dire, elle dit qu'elle a mal à la tête mais je lui dis non t'as mal tu souris t'as pas mal, mais peut-être que si quand même, euh à sa façon quoi.
- Et du coup elle sourit donc on peut lui dire bah voilà tu n'as pas mal donc ça veut dire qu'elle est obligé pratiquement de se faire une blessure pour dire regardez là j'ai mal.
- Il y a du sang c'est réel.
- Voilà.
- Il y a du sang c'est abîmé on sait pas ce que ça peut faire.
- C'est vraiment voilà qu'on s'occupe d'elle voilà quand elle a menacé de se suicider hier euh on lui a posé la question qu'est ce que pour toi le suicide ? Et elle me dit pour moi c'est l'hôpital.
- Oui mmm
- A l'hôpital on s'occupera de moi.
- Oui parce qu'elle est elle veut partir d'ici elle voit des gens qui rentrent qui sortent et puis elle elle sort pas, elle reste, les gens elle leur dit au revoir et elle reste. Voilà mais c'est une douleur psychique mais elle est peut-être aussi somatique mais seulement on la voit.
- Parce qu'elle est dans la demande tout le temps malgré les douleurs doliprane c'est aussi est-ce que quelqu'un peut se promener avec moi est-ce que tu veux venir à la boutique est-ce que t'es là demain est-ce que c'est toujours des questions des demandes.

- Oui elle est dans la demande.
- Est-ce qu'elle a ... qui peut dire qu'elle n'a pas du tout mal ? Personne.

*Globalement vous vous sentez en mesure de prendre en charge les douleurs au sens large des patients ?*

- On l'espère.
- J'espère aussi.
- Mais je pense que tout passe par l'échange, d'abord la discussion c'est... en psychiatrie c'est l'élément principal, c'est l'échange la discussion et après en découle...

*L'échange et la discussion c'est quelque chose qui euh finalement facilite, qui empêche ou complique les choses ?*

- Ah non qui facilite.
- Ben je pense que dans l'entretien le patient il va dire des mots il va dire des choses. Quand la petite jeune elle dit j'ai mal à la cheville elle parle de sa mère tu sais c'est pas rien. Euh voilà ça lui rappelle quelque chose par rapport à sa cheville, et de l'angoisse, et ben voilà c'est pas rien et du coup il y a l'entretien, il y a l'entretien avec cette personne et voilà après c'est on peut être dans la réassurance et tout ça et le temps qu'on va passer avec elle dans la réassurance, ça voilà ça peut enlever cette angoisse où il faut donner quelque chose mais euh voilà c'est on est pas en fin moi personnellement je suis pas du tout dans les normes euh dans les normes d'évaluation, d'échelles.
- par contre après nous par rapport à cette patiente euh elle avait un petit peu gagné le jour où elle avait mal au genou elle a rencontré le médecin il lui a proposé une radio, et là on sentait que immédiatement elle avait plus mal en fait, on lui a donné une radio, ça y est elle avait plus mal en fait c'est... elle était soignée.
- Finalement c'est plus la douleur qui est l'enjeu d'une plainte c'est carrément une douleur qui est l'enjeu d'une relation euh presque de pouvoir parce que vous dites qu'elle gagne...
- Oui... c'est un peu loin.
- En fin de compte je pense que c'est quelqu'un qui angoisse, et elle a besoin d'une relation privilégiée, donc euh carencée affectivement, elle a besoin d'une relation privilégiée avec le soignant.
- Et elle a besoin d'être au-dessus des autres patients, d'avoir plus que les autres.
- Oui et puis d'être des fois seule avec le patient voilà, et parfois donner des entretiens réguliers même à ce genre de gamines eh ben ça peut favoriser aussi...
- Ça peut favoriser une dépendance.
- Il faut créer cette relation avec le patient et le soignant, parce qu'elle en a besoin, elle en a besoin elle peut pas euh si on refuse la relation avec une gamine carencée et ben elle sera angoissée elle sera douloureuse, elle va répondre par la douleur, obligatoirement.
- On a l'impression que finalement la prise en charge de la douleur c'est pas forcément une nouvelle pratique qui est plus prise en charge maintenant en psychiatrie *via* l'administratif, c'est presque une partie qui s'intrique dans la spécificité de la psychiatrie... Du relationnel.
- Oui je pense que la prise en charge de la douleur elle a toujours existé, euh.
- Mais en psychiatrie elle est différente.
- Euh oui.
- Elle est abordée différemment.
- Et heureusement d'ailleurs.
- Parce qu'il faut d'adapter à ce milieu.
- C'est quand même un métier où chaque personne de l'équipe doit être capable de s'adapter.
- Mmm c'est sûr.
- Et en psychiatrie c'est quand même assez spécifique.
- Ouais, c'est spécifique à chaque pathologie à chaque patient.



(Silence)

- Le côté accréditation protocole sur la douleur c'est un... (silence) C'est un peu tuer l'individu je pense. (sourire) C'est fort ce que je dis. Euh c'est-à-dire qu'on va mettre des protocoles, des échelles, des évaluations toutes faites et du coup on est plus dans le regard de l'individu, dans ce qu'il a à dire et ce qu'il est, c'est... On shunte un petit peu, on est derrière nos grilles voilà.

*Le fait de protocoliser la douleur finalement ça s'oppose à l'abord de la douleur du point de vue psychiatrique, d'être dans l'échange dans l'observation*

- Enfin c'est pas le point de vue psychiatrique à la rigueur je mettrais pas la douleur du point de vue psychiatrique, l'échange tout ça ça fait partie de tout ça, en EHPAD vous avez des échanges avec des personnes qui ont mal, et quand ils font plus souvent l'échelle FLACC c'est ça ? Je pense que vous êtes euh en dehors de cette échelle je pense que vous allez chercher un peu plus loin.

- Bah oui parce qu'on connaît les personnes.

- Voilà et en fin de compte le fait de connaître les personnes.

- C'est important.

- Ça change.

- Alors ça peut être très important comme ça peut détruire quelque chose aussi, notamment pour ce qui est.

- Et négliger.

- Et négliger. Parce que du coup si on connaît la personne, on se dit, elle dit tout le temps qu'elle a mal et ceci et...

*Et à l'inverse dans le côté positif de connaître la personne ?*

- Ben connaître la personne c'est connaître ses habitudes donc euh.

- Quand elle se plaint pas et qu'elle se plaint.

- Elle se plaint c'est étonnant si elle se plaint jamais, voilà déjà.

- Au niveau du visage.

- Aussi ouais.

- On connaît leur façon de marcher, leur façon de parler.

- Donc là on est dans l'échange d'individu à individu, et cet échange est pas numérique est pas sur un.

- Est pas quantifiable.

- Ouais c'est pas quantifiable, et euh c'est anti-accréditation tu vois (rires).

*Qu'est-ce que vous en pensez ?*

- J'écoute (rires).

- C'est l'accréditation mais l'accréditation tue un peu les...

- Parce que vous parlez de patients chroniques qui effectivement quand on connaît bien quelqu'un ça aide.

- Oui.

- Mais quand on a des entrées. J'ai travaillé en gérontopsy pendant 4 ans, voilà on arrivait avec des gens qui euh soit sont en démence soit sont complètement déprimés et tout ça, bon ben on essaie d'évaluer et puis on dit peut-être on émet le postulat peut-être qu'ils sont douloureux ; et certaines fois pour des gens qui verbalisaient pas quoi que ce soit et puis de toute façon ils étaient tellement tendus qu'on peut pas dire si c'était physique psychique c'était un tout, mais déjà on peut t'essayer d'apporter un soulagement physique par un antalgique, évaluer après si ça a de l'effet ou pas, retourner auprès de lui, il y aura aussi l'effet

bénéfique de la présence humaine, qu'on pourra jamais enlever, tu l'enlèves pas plus à l'hôpital général qu'en psychiatrie, je pense qu'il y a une interaction, le fait qu'on leur prenne soin d'eux, qu'on s'intéresse à eux, forcément les personnes sont réactives.

- Ouais voilà.

- Ils se sentent rassurés ou ils se sentent pas rassurés si je dis ben vous avez mal, on peut vous proposer un médicament, les gens se disent bon on va pas laisser souffrir, c'est déjà rassurant en soi, se dire que je vais être pris en compte, c'est-à-dire qu'après.

- Chacun.

- Je pense que cette traçabilité effectivement peut être une lourdeur administrative ça nous prend beaucoup de temps, bon est-ce que ça apporte un plus, est-ce que ça apporte un moins, il y a des deux...Voilà. A un instant t ça aura été chiffré après qu'est-ce qu'on en fait ; on peut aussi rencontrer voilà des gens qui vont faire des EVA échelle numérique ou autre, ils vont dire clac elle souffre EVA égal tant et qui derrière pose rien là, on peut questionner quand même à quoi sert de demander s'ils ont mal si tu n'as rien à proposer derrière ; c'est juste les statistiques ? Parce ce que là j'ai rencontré avec des étudiants, quel sens tu donnes à aller questionner quelqu'un par rapport à sa douleur si derrière t'as rien à proposer, bon ça va être un constat, un constat chiffré ; je trouve c'est... faut faire quand même ; faut un peu de réflexion derrière.

*Du coup vous le faites quand même ?*

- Bah

- Nous on a toutes les semaines pouls, poids, tension, et EVA, comme ça doit être chiffré à l'entrée également, ça c'est protocolaire, c'est institutionnel (inaudible parle à plusieurs), par contre rien n'empêche quand on demande est-ce que vous souffrez certains c'est bon ba ça va d'autres ah oui mais mais je veux dire la souffrance morale c'est une souffrance aussi ; on la chiffre d'une autre façon, je veux dire qu'est-ce qu'on peut apporter, évidemment en discuter, savoir qu'est-ce qui peut être... (inaudible plusieurs à parler).

- Est-ce que, est-ce que justement quand le chiffre c'est un petit peu quand vous imaginez qu'on chiffre un jour de la semaine c'est euh c'est comme ça chez vous aussi hein ? Il y a un jour de la semaine où tu dois chiffrer pouls poids tension etc. tout ça euh la douleur. Et voilà et ben le mardi nous on chiffre la douleur. Euh c'est quand même triste de fixer un jour hein, une heure bien précise où on va chiffrer la douleur, c'est triste, ça devrait pas être comme ça. Ça devrait pas être comme ça la douleur elle devrait être chiffrée d'une façon très naturelle, quand quelqu'un te dit ben j'ai mal déjà tu devrais le chiffrer.

- Mais c'est ce qui doit être fait normalement aussi.

- Oui, oui mais non c'est pas ça c'est pas ce que je dis, oui mais c'est pas ça que je dis, non, ce que je dis, ce qui est lamentable c'est de de enfin ce qui est lamentable ce qui m'énerve surtout (sourit) je pense euh c'est de chiffrer tel jour la douleur de tout le monde

*J'ai l'impression que vous dites que ça a du bon et ça a du mauvais, qu'est-ce que ...*

- Le fait de demander à quelqu'un est-ce que vous avez mal bon, il dit oui, il dit non, et souvent il demande pourquoi vous demandez ça, parce qu'à un moment donné on veut savoir est-ce que vous êtes douloureux, est-ce que vous avez des moments douloureux, pour pouvoir y apporter une réponse. Maintenant à un moment c'est à un instant t est-ce que vous avez mal, est-ce que vous avez eu mal auparavant, est-ce que vous êtes venu voir l'équipe, quelle réponse on a apportée, c'est-à-dire que si vous avez mal vous pouvez venir nous voir et vous pouvez nous demander quelque chose (inaudible parlent en même temps), ce qui va pas de soi pour tout le monde.

*Oui c'est une façon d'ouvrir une porte...*

- Ça ouvre une porte.

*Même si c'est dans un sens standardisé.*

- C'est pas parce qu'il y a la distribution des médicaments à des heures fixes que en dehors de ces heures-là, si vous êtes douloureux vous pouvez pas venir nous interpeller pour nous dire j'ai trop mal, j'ai mal, et à ce moment ben on essaie d'évaluer, est-ce qu'on va faire appel à (sourire) Mme B. pour venir voir si derrière c'est fonctionnel, s'il peut y avoir quelque chose de cet ordre là ou pas. (inaudible) Derrière les prescriptions du CLUD c'est-à-dire qu'en cas de douleur on peut déjà donner du paracétamol sans avoir besoin d'un médecin, peut être que c'est un plus par rapport à une époque où on souffrait en silence.

- Donc euh (inaudible parlent en même temps).

- Sans pour autant aller vers la surconsommation.

*Oui*

- Parce que certaines fois on a des gens qui n'osent pas se plaindre qui n'osent pas demander et qui ont une échelle aussi de tolérance à la douleur qui est hyper élevée et qui mais qui pour autant leur pourrit l'existence, voilà. Quand on est douloureux on est pas ouvert à tout ce qui peut on a pas envie d'aller se distraire on a pas envie de participer aux activités on a pas envie de faire grand chose et des fois ça entraîne de la dépression aussi.

*Vous voulez dire quelque chose ?*

Oui je disais que malgré que ce soit formaté à une fois par semaine on prend les constantes, c'est aussi une rencontre à chaque fois avec la personne euh, même le fait de lui poser la question est-ce que vous avez mal quelque part, certaines personnes qui auraient même pas pensé à dire du tout ah bah oui c'est vrai que j'ai mal au pied depuis quelque jours on va peut-être découvrir des choses, on peut pas savoir au final ; et ça montre aussi un peu d'intérêt envers la personne et on échange après sur autre chose même si elle a pas mal du coup ça, c'est un échange malgré tout.

- Ouais mais la schizophrénie tu peux être collée, enfin le patient peut être collé justement à toi, (inaudible, plusieurs parlent en même temps), voilà parce que la schizophrénie moi la schizophrénie me pose problème parce que dans la schizophrénie quand tu vois le patient que tu vas dire quelque chose, il va répéter la même chose, tu vois (tape dans la main à plat).

- Ouais je trouve que ça lui donne un peu trop l'occasion de...

- Induire quelque chose comme ça c'est pas rien, c'est pas rien, c'est même lui donner un élément qui va euh qui va faire tilt .

- Lui donner de l'angoisse.

- L'angoisse voire le délire même, mais en tout cas ça peut entraîner des choses, c'est pas rien ; maintenant demander à quelqu'un toi, toi, elle (désigne personnes autour de la table) est-ce que vous avez mal, ça se passe bien l'hospitalisation, vous n'avez pas de douleur voilà enfin des choses voilà il y a aucun souci, il y a aucun souci. Par contre, tu as des personnes quand tu induis ça et ben ce n'est pas bon/bien ?

- Après c'est au cas par cas je pense que quand on connaît nos patients, on (inaudible, parlent en même temps).

-Tu vois en psychiatrie t'as par exemple beaucoup de psychoses, t'en as énormément, enfin moi ça me pose problème, en psychiatrie ça me pose problème pour tu vois la schizophrénie, les psychotiques ça me pose problème, voilà. Par contre quand un psychotique dit j'ai mal c'est pas rien.

*Euh vous parliez d'amener les choses autrement, de pas être dans quelque chose de systématique, de pas demander si tout le monde a mal...*

- Oui de l'amener autrement quoi, de savoir est-ce que ben est-ce que ça va, est ce que le sommeil se passe bien, mais pas verbaliser la douleur en fait, verbaliser le mot douleur je trouve ça un peu fort pour certains patients.
- Non c'est pas à nous de le verbaliser c'est à eux de le verbaliser.
- Voilà c'est ça, faut que ça vienne par eux-mêmes.
- Voilà faut que ça vienne le mot doit venir d'eux. Et euh par exemple quand t'as une personne qui te réveille la nuit enfin qui sonne, qui te réveille la nuit (rires) et qui sonne la nuit pour dire j'ai besoin de doliprane et ben c'est là qu'il faut tilter, c'est là qu'il faut tilter parce que réveil nocturne avec des demandes de doliprane et qui a des douleurs euh eh ben là c'est pas rien parce que du coup euh il va demander du doliprane il verra pas pourquoi et là c'est là qu'on amène une discussion intéressante en disant j'ai remarqué que vous demandiez de plus en plus de doliprane et la nuit vous vous réveillez vous demandez du doliprane, pourquoi qu'est-ce qui se passe. Il faut être vigilant dans tout ce qu'il demande dans ce qu'il dit et utiliser ce qu'il dit ou ce qu'il fait et fouiller, voilà on est un peu plus loin. Et après le laisser dire, le laisser exprimer sa douleur et non pas induire cette douleur parce que nous si on dit est-ce que vous avez mal quelque part, euh voilà, moi si on me dirait ça je dirait oui.

*Quand vous parliez de paracétamol qui était prescrit maintenant avec le protocole du CLUD qu'on pouvait donner sans attendre la prescription, c'est quelque chose de vécu comme bien, positivement ou ça peut amener des difficultés ou au contraire...*

- Bien
- Je trouve ça plutôt positif dans la mesure où on n'a pas toujours un prescripteur entre guillemets sous la main. C'est pas pour autant je pense qu'on va donner du doliprane en disant voilà. C'est le protocole CLUD : paracétamol 1 gramme toutes les 6 heures, si douleur voilà.
- On peut donner sans prescription ?
- C'est prescrit.
- En si besoin.
- Ah oui.
- Tu vois moi j'ai travaillé en réanimation, dans les services où les gens étaient hyper douloureux, même en chirurgie cardiaque, (inaudible) et clac on donnait forcément des antalgiques si besoin, et dans le même ordre d'idée il y avait un protocole d'antalgique correspondant à, en général on avait pas mal d'anesthésistes sous la main, on avait le moyen de donner des antalgiques puissants, mais on demandait quand même d'avoir des fois une palette...
- Oui
- Pour pas être obligé de déranger tout le temps, et qu'on puisse intervenir assez rapidement, il y a des gens qui avaient des pompes à morphine, simplement elles l'utilisaient exagérément, d'autres ils avaient des PCA eh ben ça leur permettait de régler... Je veux dire il y a qu'eux qui savent dire si c'est très douloureux ou pas très douloureux.
- Les douleurs c'est hyper dur à évaluer, même euh dans le service, avec des personnes un peu limite c'est très difficile, parce qu'ils vont avoir des si besoin, doliprane si besoin et donc, ils vont dire je viens chercher mon doliprane parce que j'ai droit.
- Pff (étonnement), moi j'ai rarement vu ça.
- Non non je parle de mon service, je parle pas du tien, non dans notre service c'est ça, on en plusieurs, voilà, je veux dire je veux mon doliprane parce que j'ai droit et là, là c'est très embêtant parce que tu leur demandes mais où t'as mal, et là tu vois la personne qui est là,

qui va monter parce qu'on essaie de chercher où t'as mal et c'est compliqué. Une fois il y en a une qui m'avait dit « j'ai mal à la tête », et je lui dis « c'est tout », « et au pied aussi » (rires), et du coup c'est compliqué, comment évaluer la douleur chez ce genre de personne, après tu vas pas te compliquer trop la vie, tu peux fatiguer très vite, et ben tu donnes, c'est dur d'évaluer du coup.

- Je trouve qu'on a quand même en général beaucoup trop tendance à penser à la place du patient, au niveau de la douleur. Enfin le nombre de fois où je me suis retrouvée face à l'échelle de la douleur, on pose la question, il dit 10, on reste à se regarder, oh il dit 10, non on met 4 quoi, alors que non il a dit 10, et c'est arrivé un nombre de fois...

- Vous pourriez mettre un petit commentaire. Douleur à 10 mais...

- Mais faciès pas du tout, voilà, je trouve que ça illustre pas assez la douleur du patient au final.

*De quoi vous auriez besoin vous en tant qu'infirmier pour prendre en charge ?*

- Plus de temps pour s'entretenir avec le patient, je pense que c'est ça le plus important.

*Le temps ?*

- Bah, en psychiatrie ça va je trouve qu'on a plus de temps mais dans les autres services, je trouve que les infirmiers ont pas beaucoup de temps pour s'entretenir avec les patients, c'est vraiment pas possible quoi, et souvent on leur répond même « bah vous parlerez de ça avec la psychologue ».

- Oui et ça fait pas partie de leur culture, ils ont l'échelle voilà.

- Oui et puis ils manquent de temps pour écouter, pour aider le patient à verbaliser.

- Et puis rencontrer le psychologue, il va dire ben OK, ça veut dire que j'ai pas vraiment mal alors.

- Oui voilà, et puis les patients je me mets à leur place des fois, je me dis enfin si j'ai mal j'aimerais bien qu'on m'écoute immédiatement et finalement on transfère à chaque fois sur un autre membre de l'équipe ou autre, voilà, je trouve que...

- L'aspect psy est moins pris en charge au niveau somatique.

- Ouais c'est plus pris en charge au niveau psychologique.

- Ben il y a des outils, des outils style l'échelle et c'est suffisant, c'est probablement suffisant pour les soignants.

*À l'inverse la prise en charge somatique est bien imbriquée dans la prise en charge psychiatrique ?*

- Somatique ?

*Oui*

- Euh pff (hésitation) non. Enfin je trouve pas. Je trouve qu'on va plutôt déléguer ça en disant « on va voir ça avec le médecin généraliste ».

- Oui mais du coup c'est une bonne prise en charge.

- Oui c'est ton rôle aussi.

- C'est ça la prise en charge (inaudible, parlent à plusieurs).

- On va dire que c'est pas notre rôle quoi.

- Ici ?

- Non en général.

- Parce qu'ici on a un problème somatique, oui on appelle le médecin, mais en même temps c'est parce que c'est.

- Et puis on n'a pas forcément la réponse.

- Non c'est pas à nous, mais du coup on fait ce qu'il faut, on appelle le médecin gé et puis voilà. Pour certaines douleurs aussi on appelle M. X. (rires) Parce que la douleur elle est elle est, on voit bien que la personne souffre beaucoup et qu'il faut faire quelque chose.

*C'est l'intensité de la douleur qui fait que vous déclenchez le médecin ?*

- Non.

- C'est tout un élément, il y a tellement de façons, il y a tellement de possibilités d'être douloureux et tellement de causes possibles, alors si voilà, si quelqu'un qui a une jambe cassée en plus d'être déprimé et d'avoir une problématique alcoolique a mal à la jambe, si il a une fracture il a des raisons d'être douloureux, on donne du doliprane s'il continue d'être douloureux malgré le doliprane, effectivement on rappelle le Docteur X qui vient réévaluer, ça veut dire qu'on en a donné de façon régulière. C'est à nous d'évaluer si la douleur est soulagée, suffisamment pas suffisamment, voilà. Et à ce moment-là on demande à passer à un pallier supérieur. C'est à traiter au cas par cas.

- Et avec un patient hypocondriaque alors ? Parce qu'on en a en ce moment dans le service... J'ai pas commencé à étudier l'hypocondrie.

- Mais je pense qu'il faut écouter la personne parce que dans l'hypocondrie il y a beaucoup d'angoisse. Mais c'est très dur, c'est très dur ouais. C'est euh faut écouter.

*Pour faire la synthèse de ce qu'on vient de dire, ça donne l'impression que c'est finalement la difficulté elle se concentre au niveau de la clinique et de l'enjeu de la relation. La douleur est au cœur du relationnel et que c'est vraiment la clinique, l'observation, la parole, l'écoute...*

- Oui.

*Qui va à la fois être diagnostique et thérapeutique et euh, ce qui fait que vous êtes vous vous retrouvez acteurs juges et parties de ce que le patient ramène et c'est vraiment là qu'est la difficulté.*

- (inaudible, parlent en même temps) L'EVA, les choses comme ça, est-ce que t'as l'impression qu'il y a plus de demandes d'antalgiques qu'avant ? Est-ce qu'il y a plus de plaintes douloureuses ?

- Euh non je pense que c'est pareil, je pense que c'est pareil par contre.

*C'est pas la certification ?*

- Non, la certification.

- Enfin (parlent en même temps).

- Oui la certification change notre façon de travailler complètement, ça tue un peu la psychiatrie et derrière la douleur moi ce que je vois c'est que, au lieu d'être dans l'entretien infirmier, combien de jeunes infirmiers ne savent plus faire d'entretiens infirmiers ? Il y en a beaucoup. Et ben euh.

- Plein, ils ont abandonné ? (pas sûr ! mais question +++)

- Plein, ben il y a même des jeunes professionnels qui, l'entretien infirmier réel... (chuchote), ouais. Mais du coup on met trop d'échelles, on met trop de normes, on met trop de et du coup ça ça tue, ça tue le métier

*C'est le choc des cultures un petit peu ?*

- Ça tue le métier. Et c'est euh en quelques années, la psychiatrie a évolué d'une façon catastrophique, je dirais catastrophique, catastrophique.

- Il y a plus d'infirmiers psy peut-être ?

- Il est pas question de.
- Quand tu prends 3 ans, tu fais que 3 ans.
- Mais non, parce que non (parlent en même temps), c'est pas la question des infirmiers psy c'est pas eux qui ont fondé la culture, euh c'est les non c'est pas eux c'est tout ce qui est accréditation qui donne des normes et des règles et des ceci et des cela c'est impressionnant.
- Mais en dehors des normes, des règles et de la certification, j'ai trouvé que comparé au stage que j'avais fait à Bohars il y a 8 ans, j'ai trouvé une nette amélioration sur plein de choses.
- Quoi ?
- Sur la relation, sur les droits du patient, sur euh.
- Oui mais justement tu es voilà, voilà, prototype voilà.
- Je trouve que vraiment au niveau du patient.
- Justement le droit du patient, la norme sur ceci sur cela mais tout ce qui est psychiatrique pur, si tu veux : entretiens cliniques, tout ce qui est psychiatrie, ça s'est complètement effacé.

### **7.2.3 FOCUS GROUP 3**

*Quelle est votre perception de la douleur chez votre patient ?*

- Complexe.
- Elle peut être liée à de l'agressivité, de l'angoisse.
- Parfois avec des changements de comportements.
- Oui, on passe beaucoup par l'observation, l'écoute.
- Le test thérapeutique par du paracétamol peut aider.
- Parfois avec l'absence de douleur interroger le patient n'est pas souffrant ?
- Il faut dire qu'ils peuvent avoir un seuil élevé.
- Parfois l'inverse est vrai, chez la personne âgée, si l'humeur est basse ou qu'il y a des angoisses, la douleur est majorée.
- C'est vrai aussi qu'il peut y voir autre chose derrière la plainte douloureuse, une souffrance morale.
- On sait qu'en rassurant les patients, ils ne reviennent plus après cette réassurance.
- Exemple d'une expérience avec une patiente dont le seul moyen de communiquer initialement était par la souffrance physique .

*Ca a été abordé en entretien ? En réunion peut-être ?*

- Au décours de l'entretien, la douleur s'apaise. L'intervention médicamenteuse reste au minimum possible, et dans un deuxième temps la douleur morale s'apaise.

*Vous observez une dichotomie entre le champ psychique et le champ somatique ?*

- Les deux sont intriqués.
- C'est parfois compliqué devant l'évaluation par des échelles.

*Quelles échelles pratiquez-vous ?*

- L'EVS, l'EN.
- La FLACC, on a eu dans notre service un patient autiste, c'était intéressant, en fonction de ses comportements.
- On a utilisé l'échelle la plus simple.
- Le mot est parfois plus facile que le chiffre.

*Comment vous abordez l'évaluation en pratique ?*

- A l'hôpital de jour, tous les mois.
- En intrahospitalier, toutes les semaines, le mardi.
- Toutes les semaines. Et puis ça fait partie du bilan d'entrée. Parmi tout un questionnaire, on demande le mode de vie, poids, tension. Souvent majoritairement l'EVA= 0.
- A l'entrée, ce n'est pas une priorité. Ils sont étonnés.
- Par exemple pour les toxiques, OH etc... en aigu, ils n'ont pas mal, la douleur ne survient pas tout de suite, puis c'est réévalué.
- Pour quelqu'un qui est dissocié, ou délirant, c'est vrai que c'est compliqué et que c'est pas adapté.
- A l'arrivée, l'évaluation de la douleur, ça dépend du patient et l'état dans lequel il arrive.
- C'est différent pour chaque patient.

*Vous remarquez des changements particuliers dans les unités avec les changements de pratiques et la certification ?*

- On n'hésite plus à passer à des stupéfiants que nous n'avions pas avant. Dans mon service en tout cas, c'est plutôt comme ça. Il faut dire qu'en psychiatrie, avant, c'était tabou (la douleur n'nlr). La priorité était la souffrance psychique. Depuis les choses ont changé aussi avec le protocole CLUD.
- L'évaluation se fait aussi beaucoup plus.
- Vous remarquez un avant et un après ?
- Oui, bien sûr, mais c'est vrai que ça reste un sujet de discorde. Ce n'est pas acquis.
- Oui.
- Avant il n'y avait pas d'évaluation.

*Quel était le sujet de discorde ?*

- La question par exemple pour le MEOPA, avec une patiente qui avait des traits très (chuchote) histrioniques, s'est posé l'intérêt de faire une prise de sang sous MEOPA. C'était compliqué, il fallait du matériel, du personnel. Le jugement reste présent. Ça vient perturber les pratiques. Il faut préparer les choses. Parfois c'est difficile avec des équipes qui sont en souffrance.

En résumé, pour l'instant c'est le prémisses (sourire). Pour le MEOPA, il faut s'organiser, on n'a pas l'habitude. Ça va venir. Je ne désespère pas. Je n'utilise pas le MEOPA pour le bilan sanguin.

Le retour a été saignant. C'est difficile pour l'équipe. On pose même la question : c'est fort, est-ce que ça valait le coût ?

- Le MEOPA je connais pas.

*Il y a d'autres prises en charges compliquées comme celle du MEOPA ?*

- Le patch EMLA... (sourire). On pense le mettre si c'est plus invasif. Mais là aussi c'est compliqué, il faut que ce soit celui de la nuit qui pose le patch, et puis s'organiser le matin pour piquer, amener les tubes etc...

*Au niveau thérapeutique comment ça se passe ?*

- On a des prescriptions d'antalgiques par le médecin généraliste, et ça c'est un vrai plus, depuis qu'on a un médecin généraliste sur l'hôpital. Et ça décharge le psychiatre.



*Qu'en est-il du protocole CLUD ?*

- C'est mieux que ça n'a été, ça vient.
- Le protocole CLUD, non, tout le monde ne l'a pas .

*Et dans la prise en charge de la douleur, il y a une réévaluation en théorie, comment ça se passe ?*

- On ne la note pas, on la fait sans la noter.
- Ça peut faire l'objet d'une transmission ciblée. On ouvre une cible douleur et on trace la réévaluation.

*On peut dire que du coup la traçabilité, ça s'inscrit dans une problématique plus globale que celle de la douleur ?*

- Oui

*Du coup, dans le cadre de la certification, vous avez vu des effets positifs, négatifs depuis ?*

- Oui mais là actuellement, on observe un relâchement. A un moment, ça a été porté, au moment de la certification. Maintenant, les choses glissent un peu .
- Il y a moins de réévaluation, le mieux-être suffit.
- Il y a eu un travail d'amélioration puis une stagnation, malgré un travail qu'il restait à poursuivre.
- Notamment au niveau de la collaboration avec la MCO, le dentaire.
- On reste sur les acquis.
- Le travail est à faire aussi sur la MCO quand les patients sont pris en charge là-bas. Avec la certification, ça a été validé donc on passe sur d'autres priorités.

*Vous évoquez les difficultés autour des problèmes dentaires ou du lien avec la MCO, est-ce qu'il y a d'autres choses à creuser ?*

- C'est la lenteur. Si le paracétamol ça ne marche pas, ça met du temps pour faire les examens complémentaires. Le psychiatre va mettre du temps à changer de médiamment ou à demander d'autres examens. Ça entraîne un retard diagnostique.
- Et puis en psychiatrie, on se méfie plus, on se demande (sourire) la douleur, elle est réelle ou pas ?
- En MCO, ils ne se posent moins la question car il n'y a pas le côté psy. Ils vont plus vite aux examens.

*Comment savoir si c'est un problème psychique ou somatique ?*

- C'est vrai qu'il faut pas rentrer dans le jeu de certains patients.
- La réponse tout de suite, tout le temps au patient.
- C'est un jugement d'abord. Il faut juger de ce que dit la personne.
- Par exemple, avec une patiente, il lui fallait une radio, elle demandait une radio... C'est pourquoi on met plus de temps.

*La douleur est moins évidente ?*

- Oui c'est clair.
- Je crois.

*Comment on évalue alors ?*

- Au changement de comportement.
- Au changement de comportement.
- Au changement de comportement.
- Une nouvelle plainte.
- Et la répétition d'une plainte, ou l'aggravation. Si ça ne va pas mieux, il faut reconsidérer. Ça passe par l'écoute.
- Il peut y avoir un laps de temps. Par exemple, chez le toxicomane, on se pose des questions. La formule utilisée pendant les transmissions c'est « il y a beaucoup de demandes médicamenteuses ».
- C'est compliqué.
- Le plus compliqué c'est l'évaluation. 500 mg de paracétamol toutes les 6 heures depuis 1 mois avec une évaluation à 6 toutes les 6 heures.

*C'est réglé comme du papier à musique ?*

- Ça pose question quand même.

*La plainte douloureuse, elle peut arriver jusque dans la consultation ou l'entretien avec le psychiatre ?*

- Non, plutôt au poste de soin.
- Oui auprès des infirmiers.
- C'est patient dépendant. Souvent c'est renvoyé au médecin généraliste.

*Finalement en renvoyant le somaticien au corps, peut-on se détacher de la dichotomie corps-psyché ?*

- Les nouveaux cursus jouent là-dessus. Il y a une évolution dans la façon d'apprendre les choses.
- Avec le médecin généraliste, il y a des rendez-vous réguliers, donc on est vraiment dans une prise en charge globale qui est prise en compte.
- Le fait d'avoir un somaticien sur l'hôpital c'est une grande étape.
- Ça va vite, on gagne du temps. Parfois, ils sont vus tout de suite.
- Avant, il allaient voir son médecin traitant s'il étaient suffisamment autonomes, il fallait organiser le transport, l'accompagnement etc...

*La certification, les nouvelles pratiques qui positionnent MCO et psychiatrie sur un même plan, vous avez l'impression que ça vient s'opposer à une culture psychiatrique ?*

- Il y a une mésinformation sur la prise en charge de la douleur. On s'en aperçoit même avec les élèves de l'IFSI. Comment on évalue ? La formation n'est pas totale ou complète ? Par exemple la douleur neuropathique en psychiatrie est la plus difficile. Les élèves infirmiers ne connaissent pas du tout les outils.
- Et les IDE psy anciens y arrivent moins. Quand ils voient arriver les jeunes ils font des yeux comme ça. Ça a été compliqué.

*Du coup, qu'est-ce que ça veut dire culture psychiatrique ? C'est ....*

- C'est la formation initiale.
- C'est une histoire de formation. Il y a eu une scission auparavant.
- On a besoin du savoir de la formation psy. Par exemple, l'entretien qui est une aide considérable.

*Les étudiants sont formés aux entretiens ?*

- Ils ont du mal à y aller.
- Il n'y a plus le tutorat non plus.

*Donc cette culture psychiatrique, elle disparaît ?*

- Oui, c'est clair.

*Elle influence le regard qu'on porte sur le patient ?*

- On le traite dans sa globalité.
- On scrute la relation entre l'âme et le corps. Par exemple, on regarde la douleur.
- On prend le temps d'écouter le patient .
- Ce n'est pas la même population non plus en MCO. Ils sont en difficulté avec les patients psy.
- On a l'avantage de les connaître plus car ils reviennent souvent. La connaissance du patient aide.

*Vous avez ce temps ?*

- A l'hôpital de jour oui.
- Ça dépend. On sélectionne les cas les plus difficiles.
- En VAD, parfois il y a des plaintes physiques, on dirige vers le médecin traitant, le dentiste. On peut faire un accompagnement. Mais je n'ai pas de paracétamol sur moi. J'ai un tensiomètre.

*Vous voyez des choses dont vous auriez besoin pour mieux prendre en charge la douleur ?*

- L'hôpital général est demandeur par rapport aux patients.
- C'est pas simple car difficile d'évaluer si on est pas présent.
- Une relation plus forte entre l'hôpital général et la psy ça serait possible ? Comment ?
- Les choses ont évolué aussi. Ce qui est revenu de la MCO c'est la demande de faire plus d'anesthésie. Par exemple avec des examens qui peuvent être difficiles, avec de l'agressivité, de l'agitation, ça peut être dur pour les équipes, et ça aurait bien de faire un bilan sous AG.

*Il y a des synthèses de faites ?*

- Parfois oui, la VAD permet des fois de faire un lien avec l'hôpital.
- Oui, nous, en intra, on essaie d'aller tous les jours, chacun notre tour voir les patients hospitalisés en hôpital général.
- Le médecin du service est attentif à ça. Les équipes apprécient.
- Ils cherchent à comprendre le fonctionnement, les habitudes. Ça les rassure.
- Comment ils peuvent interférer aussi.
- Pour certains c'est fait systématiquement.
- Nous on irait travailler avec la famille.
- Sur l'extra on a d'autres ressources.
- Même les patients stabilisés ils sont durs à prendre en charge.

*Vous voyez d'autres idées, d'autres besoins ?*

- A l'entrée, sur un plan pratico-pratique, il y a un logiciel aux urgences différent des services, on a aucun lien, nous devons tout refaire.
- Oui il y a un problème de lien.
- Même par rapport au dossier de soins.
- On a fait un travail sur le projet de soins individualisé mais les outils manquent.

*Au niveau pratique justement, au niveau de l'organisation, architecture, est-ce que vous voyez des améliorations à apporter ?*

- C'est améliorable.
- Un dentiste, qui intervindrait sur le site, ou même qui se déplacerait dans les services.
- Un pôle dentaire.
- Il y a beaucoup de besoins

*Un SOS dentaire ?*

- Oui parce qu'actuellement il faut organiser les transports, les patients peuvent avoir peur du transport, par exemple un psychotique.
- Oui un patient comme ça avait peur d'aller à la Cavale blanche, il demandait est-ce que je vais revenir ? est-ce que je vais revenir ? C'est difficile de promettre quelque chose. Ne pas rompre la confiance.
- A réfléchir
- Est-ce que c'est possible d'avoir un hôpital idéal ?
- Et est-ce qu'il n'y a pas le risque d'une psychiatrie isolée de l'hôpital général ?

**Tableau n°1 - La douleur chez le patient**

Codages axiaux		Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]	
Polymorphique	Signe à évaluer	Quantifiable	[FG1 : 4 - 5 ]	
		Non quantifiable lors du contact avec le patient	[FG2 : 748 - 752 ]	
		Signe à interpréter	[FG1 : 33 - 35 ] [FG3 : 116 - 116 ]	
	Reflet de l'état psychique	Vécu, angoisse	[FG2 : 121 - 123 ] [FG3 : 3 - 3 ]	
	Signification	S'adresse au soignant	Automutilation	[FG2 : 636 - 638 ]
			« un alibi (...) quelque chose pour dire j'ai mal »	[FG2 : 51 - 51 ] [FG2 : 53 - 53 ] [FG2 : 56 - 61 ] [FG2 : 74 - 75 ]
		Corps qui parle	« seul moyen de communiquer »	[FG2 : 72 - 72 ] [FG2 : 245 - 248 ] [FG3 : 16 - 17 ]

Codages axiaux		Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]
Génère des questions chez le soignant	Réelle ou pas ?		[FG1 : 453 - 456 ] [FG2 : 115 - 117 ] [FG2 : 629 - 631 ] [FG2 : 657 - 657 ] [FG3 : 7 - 8 ] [FG3 : 110 - 112 ]
	Croire ou pas la patient ?		[FG1 : 39 - 41 ] [FG2 : 115 - 117 ] [FG2 : 136 - 138 ] [FG2 : 947 - 951 ] [FG3 : 110 - 111 ]
	Comment démêler le psychique du physique ?	« voir le psychique avant de voir le somatique » ?	[FG1 : 44 - 46 ] [FG2 : 106 - 109 ] [FG2 : 537 - 537 ] [FG3 : 12 - 13 ] [FG3 : 49 - 52 ]
		Douleur psychique à expression physique	[FG1 : 430 - 431 ] [FG1 : 452 - 456 ] [FG1 : 492 - 493 ] [FG3 : 3 - 3 ] [FG3 : 12 - 13 ]
		Deux aspects pour un phénomène ou deux phénomènes intriqués?	[FG1 : 27 - 28 ] [FG3 : 22 - 24 ] [FG1 : 426 - 431 ] [FG1 : 492 - 494 ] [FG2 : 293 - 293 ] [FG2 : 511 - 513 ] [FG3 : 22 - 24 ]
	Comment répondre à la plainte ?		[FG2 : 65 - 67 ] [FG2 : 141 - 141 ] [FG2 : 147 - 149 ] [FG3 : 114 - 114 ]

Tableau n° 2 - La représentation de l'évaluation de la douleur

Codages axiaux			Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]
Variée en pratique	Outils d'évaluation multiples	Échelles d'évaluation	Quantitatives :EVS et EN	[FG1 : 6 - 7 ] [FG1 : 124-126 ] [FG3 : 27 - 27 ]
			Qualitatives : FLACC	[FG2 : 364 -365 ] [FG3 : 28 - 28 ]
		Entretien infirmier		[FG2 : 167 -169 ] [FG2 : 184 -189 ] [FG2 : 312 -313 ] [FG2 : 464 -467 ] [FG2 : 662 -664 ]

Codages axiaux		Codages ouverts		[n°FG:n°ligne]		
				[FG3 : 31 - 31 ] [FG3 : 128 -128 ]		
		Observation	Faciès, expressions	[FG1 : 67 - 69 ] [FG2 : 95 - 95 ] [FG2 : 98 - 98 ] [FG2 : 366 - 366] [FG2 : 590 -590 ]		
			Attitudes, position du corps, mobilisation	[FG2 : 100 -100 ] [FG2 : 368 -369 ] [FG2 : 591 -591 ]		
			Changement de comportement : repli, agressivité, prostration, anorexie	[FG2 : 302 -303 ] [FG2 : 265 -269 ] [FG2 : 276 -277 ] [FG2 : 288 -288 ] [FG2 : 290 -292 ] [FG2 : 597 -598 ] [FG3 : 4 - 5 ] [FG3 : 123 -123 ]		
			Plainte nouvelle, répétée ou aggravative	[FG3 : 126 -127 ]		
		Outils originaux	Combinaison de l'observation et des échelles	[FG1 : 193 -195 ]		
			Valuation répétées par plusieurs équipes successives	[FG2 : 305 -305 ]		
			Outils spécifiques (pédopsychiatrie) disques, jeux, mise en scène	[FG1 : 69 - 72 ]		
			Test thérapeutique au paracétamol	[FG3 : 6 - 6 ]		
		Fréquence d'évaluation variée	Selon le patient	Différée selon état psychique	Refus, persécution	[FG1 : 291 -295 ]
					Toxiques	[FG3 : 39 - 45 ]
				Dissociation	[FG3 : 39 - 45 ]	
				Délire	[FG3 : 39 - 45 ]	
			Selon la demande		[FG1 : 9 - 11 ] [FG1 : 15 - 15 ] [FG1 : 20 - 21 ] [FG2 : 875 - 875 ]	
Selon le protocole	1 fois/semaine intrahospitalier		[FG2 : 324 -325 ] [FG2 : 793 -795 ] [FG3 : 34 - 37 ]			
	A l'entrée	[FG1 : 7 - 8 ] [FG1 : 20 - 21 ] [FG3 : 38 - 38 ]				

Codages axiaux		Codages ouverts		[n°FG:n°ligne]	
			1/ mois en HJ	[FG1 : 8 - 9 ][FG3 : 33 - 33 ]	
	Jugement ambivalent des outils d'évaluation	Suffisants		[FG2 : 976-977 ]	
		Insuffisants		[FG1 : 89 - 90 ] [FG1 : 188-188 ] [FG2 : 953-954 ] [FG3 : 25-25 ]	
Particularité de l'évaluation en psychiatrie	"On connaît les personnes"	On peut être amené à les négliger		[FG2 : 736 -740 ]	
		"La connaissance du patient aide"		[FG2 : 742 -744 ] [FG2 : 756 -757 ] [FG3 : 179 -180 ]	
	Lenteur dans la prise en charge			[FG2 : 500 -505 ] [FG2 : 507 -509 ] [FG3 : 106 -109 ]	
	"Il faut faire attention au langage qu'on utilise avec le patient"			[FG1 : 129 -129 ] [FG1 : 142 -144 ]	
	"On essaie de prendre en charge de manière globale la douleur"			[FG1 : 37 - 40 ] [FG3 : 173 -176 ]	
	Spécificité relationnelle en psychiatrie			[FG2 : 702 -703 ]	
	"La douleur est difficile à définir en psychiatrie »			[FG1 : 550 -550 ] [FG2 : 21 - 23 ] [FG3 : 110 -112 ] [FG3 : 119 -121 ]	
	"C'est très individualisé"			[FG2 : 27 - 32 ] [FG2 : 35 - 36 ] [FG2 : 375 -379 ]	
	En opposition avec la PEC en MCO	"En MCO , ils sont en difficulté avec les patients psy."			[FG3 : 177 -178 ]
		Abord de la douleur différent psy/MCO			[FG2 : 704 -708 ]
C'est dommage de ne donner qu'un antalgique			[FG2 : 407 -410 ]		
Manque de temps en MCO pour écouter le patient			[FG2 : 960 -967 ] [FG3 : 176 -176 ]		
La réévaluation de la douleur variable	Pratiquée mais peu tracée			[FG1 : 208 - 212 ] [FG1 : 227 - 228 ] [FG3 : 85 - 85 ]	
	Pratiquée et transmise			[FG3 : 86 - 87 ]	
	Parfois pas de réévaluation			[FG1 : 219 -222 ]	
	Réévaluation faite à l'occasion d'autre moment : distribution de médicaments etc			[FG1 : 219 -226 ]	
	Protocole pour la réévaluation est connu			[FG1 : 214 -217 ]	

Tableau n° 3 - Les difficultés de l'évaluation de la douleur

Codages axiaux		Codages ouverts		[n°FG:n°ligne]
Liées aux caractéristiques du patient	Liées aux symptômes	Confusion entre la sémiologie psychiatrique et sémiologie douloureuse		[FG1 : 47 - 52 ] [FG2 : 265 - 275 ]
		Refus, persécution		[FG1 : 291 - 295 ]
		Dissociation		[FG2 : 461 - 464 ] [FG2 : 618 - 618 ]
	Liées à l'absence de symptômes	Pas d'expression verbale ou comportementale		[FG1 : 103 - 106 ]
		Signes cliniques sans rapport évident avec une douleur		[FG1 : 91 - 93 ] [FG1 : 97 - 99 ]
		« Seuil » élevé à la douleur		[FG2 : 259 - 260 ] [FG3 : 9 - 9 ]
	Liées à une comorbidité	Démence		[FG1 : 4 - 6 ]
		Autisme ?		[FG1 : 528 - 530 ]
	Liées à l'âge	Majoration des douleurs chez la personne âgée		[FG3 : 10 - 11 ]
	Liées à la longue durée d'hospitalisation	L'inhabituel , signe d'alarme chez le chronique		[FG2 : 239 - 244 ] [FG2 : 276 - 277 ] [FG2 : 290 - 292 ] [FG2 : 599 - 600 ]
Prescription systématique de paracétamol complique l'évaluation de la douleur		[FG2 : 209 - 220 ] [FG2 : 943 - 946 ]		
Liées aux outils utilisés	Échelle inadaptée au patient	Discordance	EVS à 11 avec sourire	[FG2 : 89 - 90 ] [FG2 : 461 - 464 ]
				Risque : soignant pense pour le patient
	Difficulté à juger de sa propre douleur		[FG2 : 89 - 90 ] [FG2 : 91 - 94 ] [FG2 : 312 - 317 ] [FG2 : 461 - 464 ]	
	Échelle qui n'a pas de sens pour le patient		[FG2 : 91 - 94 ] [FG2 : 359 - 362 ]	
	L'échelle ne traduit pas la complexité de la douleur		[FG2 : 953 - 954 ]	
	Perte de sens pour le soignant		[FG2 : 83 - 85 ]	
La réaction des soignants	Individuelle	Surprise		[FG2 : 264 - 264 ]
		Hypervigilance réactionnelle		[FG1 : 11 - 12 ] [FG1 : 65 - 67 ] [FG1 : 99 - 101 ]



Codages axiaux		Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]
			[FG2 : 259 - 262 ] [FG2 : 900 -901 ]
		Douleur prise en compte et écoutée	[FG2 : 475 -477 ] [FG2 : 581 -583 ]
		Conscience de la difficulté d'évaluer	[FG2 : 932 -933 ]
	Collective	Douleur est un sujet de discorde	[FG1 : 28 - 32 ] [FG3 : 55 - 56 ]
		L'équipe souffre "à la place" du patient	[FG1 : 25 - 27 ] [FG1 : 109 - 113 ]

Tableau n° 4 - La prise en charge thérapeutique de la douleur

Codages axiaux		Codages ouverts		[n°FG:n°ligne]
La prise en charge thérapeutique de la douleur	Multiplicité de moyens non médicamenteux	Médiations corporelles (pédopsychiatrie et gériopsychiatrie)		[FG1 : 463 - 464 ] [FG1 : 468 - 469 ] [FG1 : 485 - 486 ] [FG1 : 488 - 488 ]
		Présence, écoute, réassurance simple du soignant		[FG2 : 479 - 480 ] [FG2 : 768 - 771 ] [FG3 : 14 - 15 ]
		Efficacité de ces moyens sur un plan psychique et physique		[FG1 : 476 - 476 ] [FG1 : 494 - 496 ] [FG3 : 19 - 21 ]
	Ambivalence de la prise médicamenteuse	Face aux patients dits "chroniques"	Usure de l'équipe et enjeu de pouvoir	[FG2 : 209 - 220 ] [FG2 : 484 - 488 ] [FG2 : 933 - 935 ] [FG2 : 938 - 941 ] [FG2 : 944 - 946 ]
			Mais enjeu qui resterait rare	[FG2 : 934 - 936 ]
		Beaucoup de questions autour du doliprane		[FG1 : 228 - 238 ]
		Comparaison avec la prise médicamenteuse en MCO	« C'est plus facile d'avoir un doliprane »	[FG2 : 498 - 499 ]
			Mais court séjour et pas d'écoute	[FG2 : 525 - 530 ]
		Pas de consensus à propos de la place du placebo	« Le placebo est un traitement »	[FG2 : 545 - 545 ] [FG2 : 550 - 553 ]
			Une pratique dangereuse	[FG2 : 566 - 567 ] [FG2 : 572 - 574 ] [FG2 : 578 - 579 ]

Codages axiaux		Codages ouverts		[n°FG:n°ligne]
			A permettre parfois ?	[FG2 : 562 - 563 ]
		Remise en cause de la prescription d'antalgique systématique	Banalisation de la douleur	[FG2 : 177 - 182 ]
			Polémique dans l'équipe	[FG1 : 22 - 25 ]
			Intérêt thérapeutique réel?	[FG2 : 302 - 303 ] [FG3 : 133 - 134 ]
		La prise médicamentée use a une fonction	Prétexte à la relation	[FG2 : 558 - 561 ] [FG2 : 652 - 655 ]
			Test thérapeutique	[FG2 : 295 - 300 ] [FG2 : 763 - 767 ]

Tableau n° 5 - Représentation vis-à-vis des changements de pratiques

Codages axiaux	Codages ouverts		[n°FG:n°ligne]	
Changements vus comme positifs	Exigence éthique : accès identique aux traitements antalgiques pour tous les patients		[FG1 : 153-155 ] [FG1 : 159-160 ]	
	Douleur physique n'est plus un tabou		[FG3 : 49 - 52 ]	
	Ramener le soin somatique vers la psychiatrie		[FG1 : 273-279 ] [FG1 : 562-565 ]	
	Structuration de la prise en charge	Investissement des cadres vécu positivement	[FG1 : 318-323 ] [FG1 : 340-342 ] [FG1 : 344-345 ] [FG1 : 347-349 ]	
		« Prétexte » pour aller à la rencontre du patient	[FG2 : 821-826 ] [FG2 : 828-828 ] [FG2 : 850-852 ] [FG2 : 855-858 ]	
	Accès facilité aux antalgiques de pallier 3		[FG3 : 48 - 48 ]	
	Effets positifs du protocole CLUD	Outils d'évaluation		[FG1 : 334-334 ] [FG1 : 339-339 ]
		Prescription anticipée : « doliprane à portée de main »		[FG1 : 248-255 ] [FG1 : 538-541 ] [FG2 : 835-838 ] [FG2 : 911-912 ] [FG2 : 927-928 ]
		Traçabilité de la prise de doliprane		[FG1 : 245-247 ]
		Évaluation systématique à l'entrée		[FG1 : 266-271 ]
		Douleur plus évaluée		[FG3 : 53 - 53 ] [FG3 : 58 - 58 ]

Codages axiaux	Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]		
Changements vus comme	Exigence éthique : accès identique aux traitements antalgiques pour tous les patients	[FG1 : 153-155 ] [FG1 : 159-160 ]		
Changements vus comme négatifs	Protocole proposé inadapté en psychiatrie	[FG1 : 162-165 ]		
	Changement de la culture psychiatrique	Correspond à un changement de la formation initiale		
		Plus de formation d'IDE psychiatrique	[FG2 : 1044-1046 ]	
		Plus de tutorat	[FG3 : 169 - 169 ]	
		Mésinformation sur la douleur	[FG3 : 155 - 161 ]	
		Pas de formation à l'entretien	[FG2 : 1030-1034 ] [FG3 : 163 - 168 ]	
		Normativité actuelle s'oppose à la culture psychiatrique	[FG2 : 1036 -1039 ] [FG2 : 1041 -1043 ] [FG2 : 1058 -1060 ]	
	Effets pervers de la protocolisation	Induction des réponses chez les patients psychotiques	[FG2 : 162 - 165 ] [FG2 : 859 - 860 ] [FG2 : 862 - 863 ] [FG2 : 866 - 866 ] [FG2 : 868 - 870 ]	
			Sens d'une évaluation hebdomadaire?	[FG2 : 333 - 335 ] [FG2 : 338 - 343 ] [FG2 : 359 - 362 ] [FG2 : 440 - 448 ] [FG2 : 804 - 806 ] [FG2 : 813 - 814 ]
			Dépersonnalisation du soin	[FG2 : 422 - 425 ] [FG2 : 718 - 722 ]
			Risque d'induire des angoisses chez le patient	[FG2 : 866 - 874 ]
Risque d'arrêter de penser			[FG1 : 280 - 285 ] [FG1 : 288 - 290 ] [FG1 : 541 - 545 ] [FG2 : 782 - 790 ]	
Lourdeur administrative de la traçabilité			[FG2 : 778 - 780 ]	
Les changements de pratique ne sont pas complètement effectués	Protocole CLUD non acquis	[FG3 : 82 - 82 ]		
	Relâchement, stagnation en pratique	[FG3 : 93 - 100 ]		
	Traçabilité du doliprane toujours problématique	[FG1 : 229-229 ] [FG1 : 239-240 ]		

Codages axiaux	Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]	
Changements vus comme	Exigence éthique : accès identique aux traitements antalgiques pour tous les patients	[FG1 : 153-155 ] [FG1 : 159-160 ]	
Effets des changements au sein des équipes	Discorde	concernant l'utilisation du MEOPA	[FG3 : 59 - 65 ]
		concernant l'utilisation du patch EMLA	[FG3 : 72 - 73 ]
	Entraîne changements d'habitudes	Coordination inter équipe	[FG3 : 66 - 68 ] [FG3 : 72 - 76 ]
		Nécessite du matériel et du personnel	[FG3 : 62 - 64 ]
	Équipe en souffrance lors de passages à de nouvelles pratiques		[FG3 : 69 - 70 ]
Représentations stables face aux changements de pratique	La prise en charge de la douleur a toujours existé en psychiatrie		[FG1 : 260 - 265 ] [FG2 : 704 - 705 ]
	Adaptabilité de la prise en charge	Adapter la PEC de la douleur à ce milieu	[FG2 : 710-712 ]
		à chaque pathologie et patient	[FG2 : 715-715 ]

Tableau n° 6 – Les attentes concernant la prise en charge la douleur

Codages axiaux	Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]
Coordination somato-psychiatrie	Aider les unités de MCO dans la prise en charge de patients psychiatriques	[FG3 : 189 - 189 ] [FG3 : 193 - 196 ] [FG3 : 202 - 204 ] [FG3 : 208 - 208 ]
	Collaboration entre unités de psychiatrie et MCO	[FG3 : 97 - 99 ]
	Déplacement d'IDE en MCO lors d'hospitalisation	[FG3 : 101 - 103 ] [FG3 : 199 - 201 ] [FG3 : 205 - 205 ]
	Échange entre le psychiatre et le somaticien	[FG1 : 568 - 572 ]
Besoin de prise en charge spécialisée	« Un pôle dentaire » sur site	[FG3 : 98 - 99 ] [FG3 : 219 - 226 ]
Besoin matériel	Plus de temps	[FG2 : 957 - 958 ] FG2 : 961 - 964 ] [FG2 : 966 - 967 ]
	Amélioration du logiciel de soins	[FG3 : 210 - 216 ]

Codages axiaux	Codages ouverts	[n°FG:n°ligne]
Évaluation « idéale » de la douleur	Évaluation « naturelle »	[FG2 : 807 - 809 ]
	Ne verbalisant pas à la place du patient	[FG2 : 886 - 891 ]
	Amélioration des outils actuels	EVA améliorée [FG2 : 952 - 954 ]
	Ne pas induire la réponse, mais la laisser s'exprimer	[FG2 : 902 - 905 ]



MERCIER (Bérénice) – Analyse des représentations de la prise en charge de la douleur par les soignants de psychiatrie : étude qualitative par focus group au CH Bohars - 86 f. , ill ., tabl., schémas.

Th. : Méd. : Brest 2018

### **RESUME**

Contexte : Définition et construction du terme « douleur Construction de la notion de douleur dans le discours médical, Un constat de perte de chance, Prise en charge actuelle de la douleur au CH Bohars

Objectif : Mettre en évidence les expériences, pratiques, difficultés et besoins des soignants dans la prise en charge de la douleur chez le patient.

Méthode : Analyse qualitative par entretiens de groupe dits « focus group » auprès des soignants du centre hospitalier de Bohars. Les professionnels de santé ont été interrogés via un guide d'entretien de 6 questions ouvertes. L'analyse a été réalisée selon la théorie ancrée jusqu'à saturation des données.

Conclusion : Cette étude confirme que la prise en charge de la douleur en psychiatrie présente de nombreuses difficultés et spécificités. La protocolisation entraîne des représentations contradictoires : à la fois contestée de façon réactionnelle mais aussi réfléchie, elle est reconnue comme ayant permis une amélioration de la prise en charge.

### **MOTS CLES :**

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR  
PSYCHIATRIE  
FOCUS GROUP

### **JURY :**

Président : M. Walter

Membres : C. Berthou  
B. Lodde  
P. Genest  
A-L Bergot

### **DATE DE SOUTENANCE :**

22 OCTOBRE 2018