



Soigner l'homme nécessite de comprendre sa douleur.

Nadia PEOC'H

Cadre supérieur de santé – Ph. D.



Hôpitaux de Toulouse



SIDIEF
SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFERMIERES DU ESPACE FRANCOPHONE

L'origine des travaux (1)

- ◆ Une recherche qualitative menée en partenariat avec le CLUD du CHU de Toulouse, conduite en 2004/2005 visant à identifier les représentations professionnelles des soignants vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et à analyser leurs pratiques.
- ◆ Opérationnalisation de la notion de « Représentation professionnelle » (Bataille et al., 1997 ; Piasser, 1999 ; 2000)

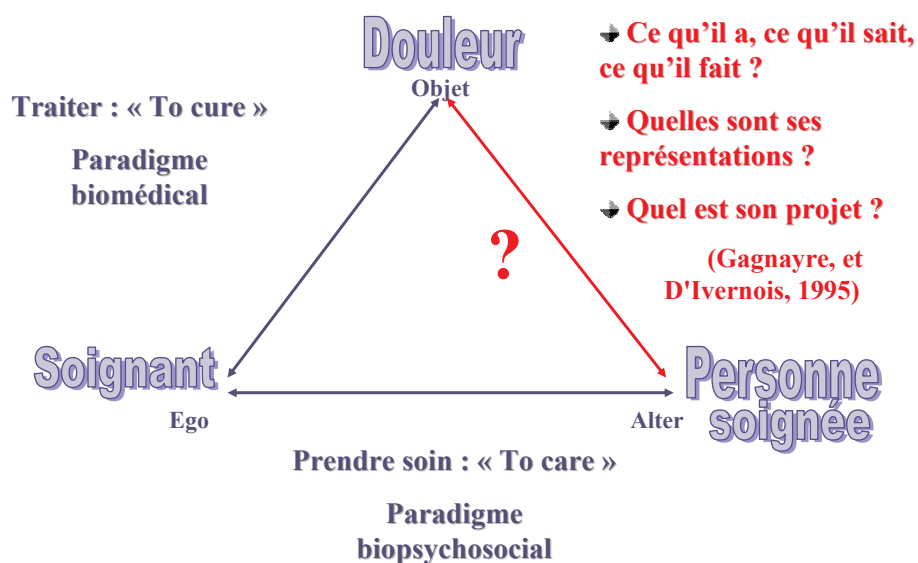
L'origine des travaux (2)

✦ Une problématique de recherche centrale avec deux questions :

1. *Quelles sont les connaissances, les croyances, les attitudes, les prises de position des professionnels de santé à l'égard de la douleur ?*

2. *Une fois identifiées, comment influencent-elles les pratiques professionnelles de prise en charge de la douleur ?*

Interprétation de la tiercéité (Moscovici, 1984)



Triangulation théorique et état de la question

Selon Apostolidis (2003), 4 formes de triangulations (Denzin, 1978 ; 1989) sur le plan conceptuel et méthodologique :

Un objet ou un phénomène est étudié à l'aide de différentes théories.

Triangulation théorique interdisciplinaire : problématisation et confrontation des analyses au regard des contributions :

- ◆ Historiques (Rey, 1983)
- ◆ Anthropologiques (Le Breton, 2006)
- ◆ Philosophiques (Husserl, 1929 ; Heidegger, 1927 ; Merleau-Ponty, 1945 ; Ricœur, 1990)
- ◆ Psychosociales (Moscovici, 1961 ; Doise, 1982 ; Rouquette, 1973)

Hypothèse de recherche

- ◆ La représentation sociale de la douleur chez les personnes soignées se forme à partir des *thêmata* (conceptions, images et catégories primitives partagées culturellement, transmises à travers la mémoire collective dans des contextes sociaux et historiques) selon la taxonomie oppositionnelle et le dualisme corps /âme, soma /psyché, douleur physique / souffrance morale.
- ◆ Cette représentation sociale attachée à des inscriptions sociales contextualisées informe sur la façon dont les personnes soignées se construisent un savoir sur leur douleur leur permettant d'agir, de s'orienter dans leur trajectoire de vie, d'adopter des stratégies d'observance thérapeutique adaptées.

Le protocole de recherche (1)

✦ Cohorte de 244 personnes soignées âgées de 18 ans et plus, admises et hospitalisées dans les unités de soins des Hôpitaux de Toulouse dans le cadre d'une prise en charge :

- ✓ De courte durée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (M.C.O),
- ✓ De Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R),
- ✓ 124 hommes et 120 femmes. La moyenne d'âge de notre échantillon se situe à 53,53 ans avec un écart type de 15,45 et une étendue allant de 21 à 87 ans,
- ✓ Dichotomie de l'échantillon (population parente) en deux sous échantillons :
 - Échantillon médecine (n = 137)/échantillon Chirurgie (n = 107),
 - Douleur chronique *versus* douleur aiguë

Le protocole de recherche (2)

✦ La passation : 504 questionnaires distribués auprès de 18 unités de soins,

✦ Taux de retour : 321 questionnaires sur 504 (63,6%),

✦ Taux d'exploitation : 244 questionnaires exploitables (48,4%),

✦ Taux de perte : 77 questionnaires (23,9%) pour écriture illisible, une question sur deux non renseignée, incompréhension des consignes...

Le protocole de recherche (3)

✦ Mode et faisabilité du recrutement : 18 entretiens de 1h/cadre de santé

- ✓ Cadre de santé enquêteur / unité de soins,
- ✓ Visite d'inclusion, au lit de la personne soignée, dans sa chambre d'hospitalisation,
- ✓ Information sur la mise en place et les objectifs de l'étude,
- ✓ Recueil du consentement libre et éclairé de la personne soignée oralement, respectant le droit à l'autodétermination du sujet.

✦ Avis favorable du Comité d'Éthique des Hôpitaux de Toulouse et de la Direction des Soins.

Analyse des évocations hiérarchisées

<p>FREQUENCE « Égal ou sup. à 7 »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Souffrance (88) - Mal (58) - Solitude (33) - Mal-être (20) - Angoisse (15) - Maladie (13) - Douleur morale (8) - Désespoir (8) - Soulagement (7) - Malheur (7) - Stress (7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapeutique (25) - Insupportable (18) - Peur (16) - Handicap (15) - Gêne (11) - Incompréhension (9) - Fatigue (9) - Injustice (7) - Pleurs (7)
	<p>1 ← Zone du noyau</p>	<p>1^{re} Périphérie → 3</p>
<p>FREQUENCE « inf. à 7 »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intense (6) - Guérison (6) - Médecin (5) - Soigner (5) - Hôpital (4) - Combat (4) - Gestion (4) - Corps (4) - Violence (3) <p style="text-align: center;">Éléments contrastés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inconfort (6) - Tristesse (5) - Impuissance (5) - Colère (5) - Lassitude (5) - Existence (5) - Douleur Physique (4) <p style="text-align: center;">2^{ème} Périphérie</p>

Douleur et insertions spécifiques

Corpus des associations libres

<i>Classe 1 (21 u.c.e)</i>		<i>Classe 2 (44 u.c.e)</i>		<i>Classe 3 (30 u.c.e)</i>	
<i>Douleur de la maladie</i>		<i>Solitude du souffrir</i>		<i>L'éprouvé de la douleur</i>	
22%		46%		32%	
♣ Maladie	34	♣ Solitude	32	♣ Mal-être	23
♣ Thérapeutique	34	♣ Souffrance	7	♣ Gêne	19
♣ Triste	10	♣ Intolérable	6	♣ Angoisse	19
♣ *evs2	8	♣ Handicap	5	♣ Inconfort	11
♣ Pourquoi	4	♣ *evs3	4	♣ *evs0	3
♣ *Moins de 25 ans	4	♣ Malheur	4	♣ *evs1	3
♣ *Enf N	2	♣ Peur	3	♣ *Marié	2
		♣ Incompréhension	2		

Attitudes et douleur (1)

Échantillon : Médecine n = 137 / Douleur chronique

Dimensions	Indicateurs	%	Chi-2 p. 05
Connaissance	Le traitement antalgique doit être pris le plus tôt possible pour prévenir l'apparition de la douleur	78,1	13,124
Contrôle	En me relaxant, je peux rendre ma douleur moins intense	82,5	6,467
Affection émotionnelle	Il existe un lien fort entre mes émotions et ma douleur	68,6	4,496
Traitements médicamenteux	C'est l'utilisation des médicaments qui m'apporte le plus grand soulagement de ma douleur	81,8	70,725
Sollicitude	Lorsque j'ai mal, ma famille devrait me traiter avec soins et attention	67,9	7,351

Attitudes et douleur (2)

Échantillon : Chirurgie n = 107 / Douleur aiguë

Dimensions	Indicateurs	%	Chi-2 p. 05
Connaissance	Le traitement antalgique doit être pris le plus tôt possible pour prévenir l'apparition de la douleur	77,6	7,844
Contrôle	En me relaxant, je peux rendre ma douleur moins intense	86	15,294
Dommage	Ma douleur est un signal d'alerte	94,4	8,581
Affection émotionnelle	Il existe un lien fort entre mes émotions et ma douleur	67,3	10,928
Traitements médicamenteux	C'est l'utilisation des médicaments qui m'apporte le plus grand soulagement de ma douleur	78,5	74,123
Sollicitude	Lorsque j'ai mal, ma famille devrait me traiter avec soins et attention	65,4	6,177

Prise de position idéologique (1)

Échantillon : Médecine n = 137 / Douleur chronique

Dimensions	Indicateurs	%	Chi-2 p. 05
L'offrande de la douleur	Il faut prendre son mal en patience	73,7	39,833
La douleur pour exister	Après la douleur vient la joie	67,9	32,255
La douleur remède	C'est un mal pour un bien	42,3	8,611

Prise de position idéologique (2)

Échantillon : Chirurgie n = 107 / Douleur aiguë

Dimensions	Indicateurs	%	Chi-2 p. 05
L'offrande de la douleur	Il faut prendre son mal en patience	76,6	25,195
La douleur pour exister	Après la douleur vient la joie	77,6	30,88
La douleur remède	C'est un mal pour un bien	51,4	12,198

Analyse Interprétative Phénoménologique

◆ Le temps du souffrir, l'épreuve singulière :

Nous retrouvons le sens premier de la douleur, à savoir endurer et persévérer dans l'effort d'exister (« après la douleur vient la joie »). Dès lors se rencontrent dans le même affect, la patience du souffrir : « il faut prendre son mal en patience », le subi, l'accepté, l'admissible, voire l'infligé.

• L'espace de partage, l'influence réciproque :

Les personnes soignées interviewées évoquent la dialectique du « mal pour un bien ». Si la douleur demeure une absurdité, un mal, l'être humain ne peut faire l'abstraction de sa sensibilité et de son corps. Ce mal désigné comme un bien peut être source d'une valeur positive. Ainsi la douleur peut avoir un degré d'acceptabilité positive, mais à condition que la phase de confrontation avec la souffrance soit achevée. Sous entendu après l'épreuve du mal, le bien, la sérénité, la joie et la réaffirmation du sujet à l'issue de l'expérience douloureuse dans l'idée d'un nouveau rapport à soi.

Considérations conclusives...



La douleur physique et la stupeur révélées dans l'*Arracheur de dents* de Caravage (Renaissance).

Le profond désespoir de la buveuse et l'expression de sa douleur quotidienne dans *L'Absinthe* de Degas (XIXe Siècle).



L'expression de la souffrance et du désespoir symbolisée par deux chefs-d'œuvre de l'art abstrait, *Le Cri* de Munch et *Guernica* de Picasso.



Dans quelle mesure notre propre représentation de la douleur et de la souffrance, a-t-elle été marquée par ces représentations changeantes que nous propose l'histoire de l'humanité, l'histoire de l'art, la religion, la philosophie ?



...Qui mieux qu'un infirmier connaît la fragilité de l'humain, qui mieux qu'un soignant éprouve cette quête de l'altérité...

« Où une faiblesse s'impose à une force, parce que l'homme couché commande à l'homme debout ».

(E., LEVINAS, 1983).