HERNANDEZ Angélique

Promotion 2003 - 2006

La prise en charge de la douleur sous l'influence des représentations sociales

Travail écrit de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier
Première session 2006

Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre des études à l'IFPVPS de Toulon Hyères, il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFPVPS.

Remerciements :

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel soignant du service de médecine qui a permis la réalisation de mon enquête de terrain et répondu à mes questions avec rigueur et professionnalisme, ainsi que les différents médecins et infirmiers(es) que j'ai sollicités dans le cadre de mon approche théorique.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude envers ma guidante, qui de par son aide constante et chaleureuse m'a soutenu lors de l'élaboration de ce travail.

Je souhaite souligner l'effort de mes enfants, mon conjoint, qui durant ces derniers mois ont fait preuve de beaucoup de compréhension et de disponibilité, l'heure du « quand maman aura fini son TFE » va enfin sonner.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE	2
2.1 Constat personnel sur la prise en charge de la douleur	2
2.2 Législation et prise en charge de la douleur.....	3
2.3 L'évolution législative : conséquence d'une évolution culturelle.....	4
2.4 Problématique	5
2.5 Question de départ.....	5
2.6 Analyse des entretiens d'enquête	6
2.7 Confirmation de la question de départ.....	10
3 CADRE CONCEPTUEL	10
3.1 Concept de douleur.....	10
3.1.1 Historique de la douleur	10
3.1.2 Qu'entend t-on par douleur ?	11
3.2 Concept de représentation	12
3.3 Concept de subjectivité et d'objectivité.....	15
4. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE	16
4.1 Objectifs de la recherche.....	16
4.2 Hypothèse de recherche	16
4.3 Méthodologie d'enquête	16
4.3.1 Choix de l'échantillon	16
4.3.2 Choix des outils.....	17
4.3.3 Analyse des données.....	18
5. CONCLUSION	20
6. BIBLIOGRAPHIE	
7. ANNEXES	
ANNEXE I : Guide d'entretien	
ANNEXE II : Grille d'évaluation de la représentation individuelle de la douleur en fonction d'un EVA donné	
ANNEXE III : Tableau de résultats n°1 : Mesure de la fréquence d'apparition des différents critères en fonction d'un EVA donné	
ANNEXE IV : Grille n°2 : Evaluation de la représentation individuelle de la pathologie	
ANNEXE V : Tableau de résultats n°2 : Mesure de l'influence de la connaissance de la pathologie dans le choix des critères	

1. Introduction

Il est difficile de dissocier la pratique soignante et la douleur.

La douleur est un phénomène qui touche chaque individu.

La plainte est entendue mais il existe une grande diversité dans l'interprétation qui est faite de la douleur de l'autre. C'est à partir de cette appropriation que le soin va acquérir du sens et donné lieu à une pratique.

L'agir de l'infirmier(e) est lié à sa propre interprétation et toute forme d'action est la résultante d'une interaction entre un individu exprimant une douleur et un individu interprétant une douleur.

L'interprétation ou l'expression sont le fruit d'une somme de facteurs liés à différentes composantes (culturelle, sociale, religieuse, individuelle...).

Par rapport à cet élément de réflexion et de part la construction multifactorielle de l'interprétation et de l'expression de la douleur la réponse des soignants sera hétérogène tant la part de subjectivité est importante car forcément nourri des représentations individuelles.

Cela m'amène donc à prendre en considération la notion de représentation individuelle de la douleur.

Ainsi je m'attacherai à démontrer qu'à expression identique d'une douleur on constate des différences interindividuelles d'action chez le personnel infirmier.

Sans vouloir apporter un jugement de valeur par rapport à la qualité du travail réalisé, cette étude s'attachera à démontrer la difficulté liée à la prise en charge du patient douloureux de part complexité de l'expression même de cette douleur.

L'étude des textes législatifs établit que la médecine de la douleur est une discipline récente. Elle est la conséquence d'une évolution culturelle qui fait que la douleur n'est plus une fatalité mieux encore le patient est en droit de ne plus avoir mal.

Malgré l'évolution des mentalités, le poids des traditions est omniprésent dans les pratiques soignantes, les réponses sont souvent liées à des mécanismes inconscients sur lesquels nous n'avons que peu d'emprise.

Il en résulte un besoin de normaliser la douleur, l'échelle EVA en est le bon exemple. Mais même rationalisée la douleur reste un phénomène subjectif, trop souvent interprété suivant une échelle individuelle. Comment dissocier l'agir de la pensée ? Comment dépasser ses propres craintes de la douleur et ses propres représentations dans l'objectif d'un agir neutre et laissant plus la part à l'expression plutôt qu'à l'interprétation ?

Sans se vouloir exhaustif ce travail, témoigne dans un premier temps de l'évolution culturelle, historique et législative du phénomène douloureux. Ensuite une approche des concepts de douleur, représentation, subjectivité et objectivité permettra un étayage théorique de la problématique pratique. L'ensemble de ces concepts renvoi un certain nombre de clichés que tôt ou tard nous devons dépasser afin d'apporter un soin optimal appréhendant le patient dans sa globalité. C'est face à ce constat et à ces perspectives que je m'attacherais à expliciter le devenir du soignant en situation et en évolution dans ses pratiques et son approche du patient algique.

2. Problématique pratique

2.1 Constat personnel sur la prise en charge de la douleur

J'ai vécu des situations de soins problématiques et notamment j'ai été interpellée sur la difficulté de prendre en charge la douleur.

J'ai pu rencontrer des patients algiques dont la prise en charge de la douleur ne semblait pas convenir à leurs attentes.

Il y avait un écart entre la perception de la douleur du patient et celle consentie par l'infirmier(e).

C'est pour cela que j'ai voulu orienter mon sujet de recherche sur la douleur.

La douleur est un sujet très ancien Hippocrate disait d'elle: " c'est cette sensation qui donna place aux médecins ". Cependant il a fallu attendre 1995 pour que la prise en charge de la douleur ait une place officielle dans les établissements de santé français.

Une décennie où législateurs et soignants ont du fédérer leurs énergies afin d'apporter une réponse à la douleur.

Tout être humain est en mesure de parler de la douleur.

J'ai moi-même vécu d'expériences différentes sur la douleur.

J'ai des idées préétablies sur certains types de douleurs.

D'un point de vue professionnel l'infirmier(e) est confronté au quotidien à la douleur de l'autre. Le choix professionnel que j'ai fait me mettra souvent en situation où le patient douloureux sera en droit de recevoir une prise en charge optimale.

Si je prends l'exemple d'un stage en service de cardiologie j'ai constaté que certaines douleurs étaient évaluées différemment selon l'infirmier(e)

Un infirmier(e) cautionne l'intensité de la douleur, accorde la nécessité d'un traitement antalgique, un autre infirmier(e) pense que le traitement n'est pas une obligation, que le sujet peut par un positionnement différent faire diminuer sa douleur, que son intensité est discutable.

La prise en charge de la douleur des patients est un soin qui est souvent réalisé de manière ponctuelle avec une réponse médicamenteuse dans la plupart des cas.

Il semble que la réponse de l'infirmier(e) est basée sur sa perception du malade algique.

Pendant les temps de relève je pouvais remarquer dans le discours des infirmiers (es) une certaine compassion pour des patients algiques avec des pathologies cardiaques sévères ou des pathologies associées.

Quand il s'agissait de patients douloureux dont la maladie ne pouvait pas expliquer cette douleur, c'était un sentiment d'incertitude qui prédominait.

L'infirmier(e) reste indécis ne sait pas s'il faut effectuer une prise en charge et comment la mettre en place.

C'est dans un souci d'analyse des pratiques infirmières que j'ai voulu observer la douleur du patient et la réponse de l'infirmier(e).

C'est pourquoi durant mes stages j'ai observé les patients algiques ainsi que le travail infirmier mis en place pour évaluer, traiter cette douleur.

Chaque infirmière ne réagit pas de la même manière pour la douleur d'un même patient

Il ne s'agit pas de remettre en question les compétences de l'infirmière, ni d'établir un constat négatif sur une mauvaise prise en charge.

Le malade qui se plaint est entendu, le plus souvent traité mais force est de constater que la prise en charge proposée n'est pas toujours en corrélation avec le vécu de la douleur du patient

La prise en charge actuelle est en pleine évolution tant sur le plan réglementaire que thérapeutique.

2.2 Législation et prise en charge de la douleur

En terme de législation le droit du patient a considérablement évolué en peu de temps ce qui nécessite de la part des infirmiers (es) une nouvelle approche du soin anti douleur.

La premier texte officiel revient au sénateur Lucien Neuwirth qui en 1995 : *«incite les établissements de santé à mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des malades¹. »*

La lutte contre la douleur est devenue un objectif prioritaire du gouvernement. Un premier plan a été mis en place en 1998-2000 pour que la douleur ne soit plus une fatalité.

Un deuxième programme de lutte contre la douleur a été défini pour 2002-2005 afin de poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur notamment de la douleur chronique rebelle (lombalgies, céphalées chroniques, douleurs cancéreuses...)

En 2002 la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

En 2004 la loi relative à la politique de santé publique a inscrit la prise en charge de la douleur dans ces cents objectifs de santé publique.

Le décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier stipule :

Article R4311-8 habilite l'infirmier (ère) à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques.

Article R4311-2 habilite l'infirmier (ère) à participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur.

De plus en septembre 2004 les recommandations de la HAS préconisent une concertation des professionnels de santé, l'implication du patient, la formation du personnel, la disponibilité des traitements.

Mars 2006 Le ministre de la santé et des solidarités a présenté une communication sur le nouveau plan de lutte contre la douleur 2006 2010. Le législateur veut renforcer la lutte contre la douleur.

Cette évolution sur le plan législatif ne peut être dissocié d'une évolution culturelle.

¹ METZGER C. (2004), Page 3.

2.3 L'évolution législative : conséquence d'une évolution culturelle

Nous pouvons d'un point de vue historique remarquer des étapes importantes quant à l'appréhension de la douleur.

De l'état initial où la douleur avait le statut de symptôme, certains phénomènes historiques et l'évolution des mentalités lui ont conféré le statut de maladie.

C'est ainsi qu'en 1944 .Le Dr John Bonica² jeune médecin anesthésiste est confronté au monde de la douleur (situation de guerre dans un hôpital militaire) il s'intéresse à la gestion de la douleur et n'hésite pas à demander des avis à des confrères neurologues, neurochirurgiens, psychiatres ... Sans le chercher il crée un nouveau concept de la prise en charge de la douleur pluridisciplinaire.

Il est le premier médecin à aborder la douleur en intégrant des composantes affectives, émotionnelles, culturelles, psychologiques.

Il remarque que des soldats pour qui une blessure signifie la fin du combat n'exprime aucune douleur et ne demande pas à être soulagée alors que ces mêmes lésions sur des civils sont jugés insoutenables .Il comprend que réduire la douleur à un symptôme n'est plus suffisant.

Son travail acharné pour faire évoluer les mentalités est couronné de succès par la création de l'association internationale de la douleur : L'IASP (international association for the study of pain)

L'IASP est officiellement créée en 1975 à Seattle aux USA. C'est le véritable point de départ d'une prise de conscience de la nécessité de traiter la douleur qui va s'étendre au reste du monde.

C'est à cette association que l'on doit la définition de la douleur comme étant « une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes »

Cette définition est la référence dans de nombreux écrits sur la douleur, elle permet de préciser la dimension plurifactorielle de la douleur.

Elle est utile pour que chaque infirmier(e) puisse avoir une référence commune pour appréhender le monde de la douleur.

Il est utile de situer la prise en charge de la douleur d'un point de vue historique pour comprendre qu'il s'agit d'une médecine récente. « *Le passé vaut non comme curiosité, mais comme contribution à la compréhension des comportements actuels vis à vis de la douleur, comme possibilité de mise au jours des présupposés et de la structure profonde de notre conceptualisation de la douleur*³ »

Cette nouvelle culture de la douleur fait évoluer les représentations. Ces dernières sont construites sur une multitude de facteurs : psychologiques, socioculturels éducationnels

l'infirmier(e) construit sa perception du patient algique selon son système de représentation celui là même qui peut induire une attitude de soins face au patient douloureux.

Sachant que ce concept de culture de la douleur est en pleine mutation, on peut s'interroger sur ce que cela induit dans la pratique de soins infirmiers.

² BASZANGER I. (1995), pages 44-45

³ REY R. (1993), page14

2.4 Problématique

L'objet de cette recherche est d'identifier les attitudes induites par les représentations qui font qu'un infirmier(e) n'a pas la même évaluation la même analyse de la douleur de l'autre.

Quels sont les critères d'analyse qui font que pour une douleur évaluée sur la même échelle d'intensité, l'infirmier (e) adopte une prise en charge liée à l'interprétation personnelle des signes évoqués par le patient.

Derrière l'infirmier(e) il y a l'être humain celui qui s'est construit selon un vécu qui lui est propre et qui inconsciemment va induire un comportement.

Dans la représentation collective on s'accorde tous à dire qu'une brûlure, un accouchement c'est douloureux ce qui crédibilise au plus au point celui qui en souffre et qui va induire chez l'infirmier(e) une réponse automatique à cette douleur.

Il me semble qu'il y a une hiérarchisation inconsciente de la douleur.

Les mécanismes inconscients mis en place entraînent une prise en charge effective mais pas toujours satisfaisante pour le patient.

C'est pourquoi il serait intéressant de chercher ce qui induit un écart entre le vécu de la douleur du patient et le ressenti de l'infirmier(e)

C'est dans cette interrelation que la prise en charge va prendre du sens.

Le but de cette recherche n'est pas de prendre en compte la dimension factorielle mais d'analyser l'impact de la résultante sous forme de représentation dans l'agir de l'infirmier(e).

2.5 Question de départ

La représentation individuelle de la douleur oriente t-elle inconsciemment l'infirmier(e) dans la prise en charge de celle ci ?

Pour aborder cette problématique, j'ai élaboré un guide d'entretien spécifique (annexe I).

J'envisage de rencontrer des infirmières dans un service où il existe une diversité de patients et de pathologies, le tout entraînant des douleurs différentes.

Un service de médecine générale semble être adapté.

L'objectif est de me permettre d'interroger des infirmiers (es) qui ont des expériences nombreuses et variés face à la douleur.

Le personnel interrogé n'aura pas de spécialisation dans le domaine de la douleur et n'aura pas travaillé dans une structure spécialisée (les brûlés..) Le but est de recueillir des témoignages d'infirmiers (es) dont la prise en charge de la douleur n'est pas construite selon un référentiel issu d'expériences en service habitué à traiter la douleur.

2.6 Analyse des entretiens d'enquête

L'analyse est construite sur cinq entretiens oraux enregistrés sur une période de sept jours (septembre 2005).

IDE	A	B	C	D	E
Age	27	24	38	45	41
Ancienneté dans la fonction	6	2	12	22	19
Formation douleur	non	oui	non	non	non
Expérience professionnelle en service spécialisé Exemple : soins palliatifs, brûlés	non	non	non	non	non

Il s'agit de cinq infirmières travaillant de jour dans un service de médecine générale.

J'ai classé en cinq items les réponses obtenues de manière à structurer mon analyse. En effet des éléments des différents entretiens se réfèrent à un domaine similaire.

- Prise en charge de la douleur
- Douleur et pathologie
- Facteurs sociologiques
- Protocoles et législation
- Données transversales

Prise en charge de la douleur

Les infirmières interrogées sont unanimes sur le fait que la prise en charge de la douleur est une nécessité (5/5). L'infirmière **A** dit : « la douleur est inutile, nos patients ne doivent pas avoir mal »

Elles trouvent inconcevable de laisser un patient avoir mal. (5/5) l'infirmière **C** dit : « On ne peut pas laisser quelqu'un souffrir c'est inhumain »

Elles disent être à l'écoute du patient qui dit avoir mal et sensible à l'expression de la douleur de celui qui ne s'exprime pas (5/5).

Elles ont très vite à l'esprit dans le discours des exemples de patients souffrant d'une pathologie ayant nécessité une prise en charge de la douleur. (4/5) .L'infirmière **C** dit : « Un monsieur atteint d'un cancer du pancréas a du recevoir des doses particulièrement élevées de morphine, toute l'équipe infirmière s'est mobilisée afin de calmer ses douleurs, on a trouvé ça normal ».

Douleur et pathologie

Elles reconnaissent que les patients ont un seuil de tolérance à la douleur qui est variable qu'elles se l'expliquent principalement par la pathologie dont ils souffrent. (4/5). L'infirmière **B** dit : « quand une personne a un néo on ne se pose même pas la question »

Elles parlent surtout de la pathologie, de la lésion. (3/5)

Quand le patient algique ne peut pas justifier organiquement sa douleur, il y a une réponse, certaines parlent de feeling (3/5), elles disent ressentir des choses sans pouvoir se l'expliquer.

L'infirmière **D** dit : « je ne peux pas vous l'expliquer, je le sais » Elles disent aussi que certains patients se plaignent alors qu'ils n'ont rien.

L'infirmière **E** dit : « quand un patient dit avoir mal et qu'il se balade dans le couloir c'est qu'il n'a pas vraiment mal »

L'infirmière **B** dit : « Un malade qui me dit qu'il a mal alors qu'il regarde la télé je n'y crois pas, il y en a qui aiment bien se faire plaindre alors qu'ils n'ont rien »

Elles comparent le vécu douloureux d'un patient et s'en inspire pour prendre en charge un nouveau cas. Elles disent pouvoir décoder la souffrance d'un patient, c'est du ressenti et c'est difficile pour elles de l'expliquer.

Elles utilisent leur expérience professionnelle comme d'une base de données où elles puisent pour adapter leur prise en charge. (4/5)

Elles précisent qu'une douleur en lien avec un cancer ne laisse aucun doute sur son intensité (5/5).

L'infirmière **D** dit : « quand vous avez eu des patients atteints d'un même cancer, vous savez dans quelle proportion il va falloir agir »

L'infirmière **E** dit : « Si l'on connaît la maladie, on applique les protocoles du service » A ce sujet Jean Claude Abric⁴ précise : *«L'existence d'une représentation de la situation préalable à l'interaction elle même fait que dans la plupart des cas les jeux sont faits d'avance, les conclusions sont posées avant même que l'action ne débute »*

On déduit par rapport aux discours de ces infirmières que la douleur d'un patient que l'on peut expliquer (légitimer) par sa pathologie entraîne une prise en charge automatique protocolisée.

Pour les autres douleurs, celles issues d'on ne sait où, laissent plus de doutes chez l'infirmier(e). La douleur liée à un cancer crée l'unanimité quant à son intensité et à la nécessité d'une prise en charge rapide et efficace.

Facteurs sociologiques

Elles ne constatent pas de différence liée à l'âge, au sexe du patient. (3/5)

Elles relèvent une certaine pudeur dans l'expression de la douleur chez les hommes ayant exercé une profession à haute responsabilité (3/5). L'infirmière **E** dit : « Les chefs d'entreprise, les enseignants ne se livrent pas facilement, ils sont plus résistants à la douleur, demandent moins d'antalgiques, dissimulent beaucoup plus leur douleur »

⁴ ABRIC J.C. (1994), page 17

Protocoles – Législation

Elles ont conscience d'une évolution des mentalités par rapport au pouvoir médical, le recours aux antalgiques de pallier 3 est plus fréquent et leur prescription plus facile à obtenir. (3/5)

L'infirmière **B** dit : « Quand je signale une douleur difficile à calmer le médecin me prescrit facilement un antalgique plus fort »

Quand il s'agit d'une pathologie cancéreuse, elles n'hésitent pas à utiliser les protocoles du service ni à solliciter le médecin pour une prescription supplémentaire. (5 /5)

La législation en vigueur sur la prise en charge de la douleur n'est pas un élément qu'elles maîtrisent. (5/5)

Données transversales

Elles échangent beaucoup entre elles sur des vécus de patients algiques et cela devient « une science commune, une opinion commune » (4/5) L'infirmière **D** dit : « On partage nos expériences, quand on a réussi à calmer un patient douloureux ».

Synthèse

De l'analyse de ces entretiens je remarque que l'infirmier(e) oriente souvent sa prise en charge en fonction de son expérience professionnelle, ses connaissances sur la pathologie et sur un ressenti.

Elles sont prisonnières de l'image associée à une pathologie, d'une représentation collective systématisée : pour ce type de patient il est logique de..., il est normal de

Quand une pathologie est reconnue douloureuse dans la conscience collective, la prise en charge de la douleur devient automatique. L'infirmier(e) n'est pas dans l'évaluation d'une situation de soins mais tombe directement dans l'agir.

C'est ainsi que la prise en charge de la douleur perd en objectivité.

Elles mettent en place une classification plus ou moins consciente qui fait qu'un soulagement va être proposé par ce qu'il correspond au sens qu'elles ont donné à la douleur de l'autre.

Le sens attribué à la douleur est fréquemment de nature causale et organique. Il y a un besoin de rationalisation.

L'évaluation de la douleur du patient n'est pas réalisée avec des critères dénués de tout à priori, elle n'est pas définie à l'avance par l'ensemble de l'équipe mais se limite à un questionnement intérieur (de quoi souffre-t-il pour nécessiter l'application des antalgiques ?)

Il semble que l'on se trouve dans une automatisation des pratiques qui parasite chez l'infirmier(e), le sens d'une prise en charge raisonnée et adaptée.

Dans ces termes nous retrouvons l'analyse de Jean-Claude Abric⁵ lorsqu'il dit : « *La représentation est prescriptive de comportements ou de pratiques obligées* »

Certes leur volonté est de calmer la douleur de soulager le patient qui souffre mais ont-elles conscience que leur évaluation est sous influence ?

La douleur est prise en compte sans être réellement évaluée avec un outil qui puisse permettre de faire diminuer la subjectivité de l'infirmier(e), de ce fait on tend vers une évaluation approximative.

Cette approximation ne peut qu'entraîner une distance entre le vécu de la douleur du patient et la perception de l'infirmier(e).

Cette analyse conforte mon questionnement sur le rôle des représentations dans la prise en charge de la douleur. Cependant le constat de terrain révèle que la pathologie influence le jugement de l'infirmier(e).

La représentation de la douleur s'élabore selon deux composantes :

- les représentations individuelles de la douleur,
- les représentations individuelles de la pathologie.

D'après le Petit Larousse, le terme de représentation signifie « ce par quoi un objet se présente à l'esprit (image, concept, etc.). C'est également une perception, une image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à l'objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet ».

Selon Jean-Claude Abric, la représentation est « le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ».

La définition de Jean-Claude Abric me permet d'appuyer mon questionnement. En effet l'infirmier(e) en situation de soins va orienter sa prise en charge selon le sens qu'elle va lui attribuer.

Ce sens qui sera issu de sa propre construction mentale de la douleur de l'autre. Comme le démontre l'analyse des entretiens ce sens donné est influencé par la connaissance d'une pathologie avec tout ce qu'elle peut véhiculer symboliquement « une longue et douloureuse maladie ». A la connaissance s'ajoute l'expérience professionnelle qui concourent à donner une signification à la douleur de l'autre. Cette représentation de la douleur va t'elle orienter l'infirmier(e) dans la prise en charge de la douleur ?

⁵ ABRIC J.C. (1994), page 17

2.7 Confirmation de la question de départ

Les représentations individuelles de la douleur orientent-elles inconsciemment l'infirmier(e) dans la prise en charge de celle-ci ?

3. Cadre conceptuel

3.1 Concept de douleur

3.1.1 Historique de la douleur

Dans l'antiquité gréco romaine le mot algos et ses dérivés traduisent une souffrance générale concernant la totalité du corps, c'est pour préciser la localisation des douleurs que certains mots ont vu le jour cardialgie, céphalalgie⁶. Les grands maîtres de l'Antiquité : Pline l'Ancien, Dioscoride, décrivaient la manière de préparer et d'utiliser un vin permettant de couper et d'appliquer le cautère sans douleur.

Au Moyen âge l'Eglise a pris en charge la douleur pour lui donner un sens, pour apprendre à supporter la douleur comme un don de dieu.

A la Renaissance : le chirurgien Ambroise Paré, à Bologne et à Padoue opérait sans douleur après avoir fait sentir une éponge chaude imprégnée d'une purée de pavot.

Ce procédé avait été largement utilisé par les diverses écoles médicales du bassin de la Méditerranée.

Le principe actif de l'opium fut découvert par F. Sertuner (1805) et baptisé morphine en référence à Morphée le dieu grec des rêves

En 1819 M. William Green Morton dentiste américain effectue avec succès et sans douleur, une extraction dentaire sous éther.

Toutefois il y a des médecins qui n'imaginaient pas pouvoir soigner sans douleur. Alfred Velpeau, éminent chirurgien du 19ème siècle inventeur de la bande du même nom, déclarait en 1845 : *« Échapper à la douleur au cours des opérations chirurgicales est un rêve qu'il ne nous est pas permis de caresser de nos jours. Un instrument tranchant et la douleur dans la médecine opératoire sont deux concepts qui ne se présentent jamais séparés l'un de l'autre dans l'esprit du patient, et nous autres, chirurgiens, devons accepter leur association »*⁷.

Ceci témoigne de la difficulté pour évoluer vers une médecine de la douleur.

Cependant en 1846 un chirurgien américain a réalisé une anesthésie en utilisant l'éther sulfurique qui a permis l'ablation d'une tumeur du cou sans que le patient ne ressente de douleur⁸.

Cette anesthésie réalisée en public permis au monde de se rendre compte que douleur et chirurgie pouvaient être dissociées. C'est une ouverture vers une nouvelle médecine où la douleur n'est plus considérée comme une fatalité.

Les progrès scientifiques ont permis une sédation efficace sur de nombreuses douleurs.

⁶ REY R. (1993), page 17

⁷ <http://geckomedia.fr/anesthesie/histoire/histoire.html>

⁸ <http://geckomedia.fr/anesthesie/histoire/histoire.html>

Mais le concept de douleur symptôme qui trouve une réponse pharmacologique ne suffit pas.

3.1.2 Qu'entend t-on par douleur ?

La douleur fait référence à une sensation désagréable ressentie par le corps. Etymologiquement le mot douleur vient du latin dolor qui exprime une souffrance physique.

Il y a eu une évolution au niveau sémantique qui a amené à parler au départ d'une douleur purement physique à une douleur qui pouvait avoir une origine psychologique.

Dans le Larousse classique édité en 1957, la douleur est définie comme une souffrance physique dont la physiologie s'explique par la transmission des sensations douloureuses au thalamus.

Actuellement, on distingue trois mécanismes générateurs de douleur :

La douleur nociceptive : cette forme de douleur doit son nom au fait qu'elle a son origine dans la stimulation d'un récepteur qui, suite à une série d'événements chimiques et nerveux, transmet au cerveau des messages qui sont intégrés (décodés) comme étant une douleur.

La douleur de désafférentation : Elle répond à une altération partielle ou totale du système nerveux périphérique ou central.

La douleur psychogène : Elle est en rapport avec une problématique psychologique.

Cette classification permet de regrouper les douleurs qu'un individu peut ressentir.

L'explication par une origine organique n'est plus exigée. Ces mécanismes sont utiles à la compréhension du phénomène douloureux. L'objectif est de comprendre pour mieux traiter. Après avoir défini les mécanismes générateurs de douleur il est utile de faire la distinction entre douleur aiguë, nouvellement perçue et celle qui dure. C'est ainsi que dans l'ouvrage des diagnostics infirmiers⁹ il y a une distinction entre douleur aiguë et douleur chronique basée sur leur durée respective. La douleur aiguë étant bornée dans le temps, par contre il y a chronicité quand celle-ci dépasse six mois. Cette différenciation permet d'évaluer le retentissement sur la vie du patient algique. René Leriche disait : « *La douleur ne protège pas l'homme. Elle le diminue.*¹⁰ »

La douleur est forte de signification, elle ne se résume pas à une sensation dans un temps donné mais elle est une composante de l'être humain qui enrichit tout un système à la fois lié à la mémoire, la perception et à la personnalité.

Nous conviendrons donc que cette expérience va nourrir l'individu sur un certain nombre de composants.

⁹ PASCAL A.- VALENTIN FRECON E. (2003), pages 148-151

¹⁰ www.douleur-paris.fr

Cette approche expérientielle, chaque individu va la vivre et l'interpréter en fonction de modèles liés à ces représentations individuelles. Lors d'un entretien une infirmière ne pouvait se représenter un patient qui déclarait avoir mal si celui-ci regardait la télévision. Avant d'aborder le concept de représentation de la douleur et de son analyse future suivant une articulation objectivité, subjectivité je commencerai par définir ce que les psychosociologues entendent par représentation.

3.2 Concept de représentation

Représenter vient du latin *repraesentare*, rendre présent. Le dictionnaire Larousse définit la représentation comme : « une idée que l'on se fait du monde ou d'un objet donné »

Emile Durkheim¹¹ (1858-1917) fondateur de la sociologie fut le premier à évoquer la notion de représentations qu'il appelait "collectives" à travers l'étude des religions et des mythes.

Ce sociologue a dissocié représentation collective et représentation individuelle à travers une analyse de la perception de l'univers. Il a démontré que l'homme appréhende le monde de différentes manières et se situe différemment dans cette réalité selon son système de croyance et/ou d'appartenances religieuses. Si l'on veut faire un lien entre ce concept de représentation et la douleur on peut citer cet exemple : Dans la religion judéo-chrétienne la douleur liée à l'enfantement est naturelle parce qu'elle est la résultante du péché originel (c'est la représentation sociale. Selon le système d'intégration avec lequel on fait référence, le vécu douloureux sera ressenti voire exprimé différemment.)

Il existe des parturientes qui n'intègrent pas nécessairement ce système de représentation et pour certaines la douleur est plus interprétée en terme d'organicité qu'en terme de pénitence (c'est la représentation individuelle).

Dans les témoignages des infirmières interrogées il y a une représentation collective de l'intensité de la douleur liée au cancer. Depuis de longues années on a pu lire dans la presse en référence à la pathologie cancéreuse: « *il est mort d'une longue et douloureuse maladie* ». On peut dire que dans la conscience collective le cancer fait mal : c'est un fait acquis. Dans le dernier plan cancer 2002-2005, Jacques Chirac a précisé la nécessité de prendre en charge la douleur chronique rebelle liée au cancer. Ces différents éléments contribuent à construire une représentation sociale sur le lien entre cancer et douleur. L'infirmier(e) intègre ce schéma et en situation de soins avec un patient cancéreux, la gestion de la douleur sera attachée à la représentation de la maladie.

Serge Moscovici précise que les représentations sociales se construisent sur la base de deux processus que sont l'objectivation et l'ancrage¹².

¹¹ JODELET D. (1989), page 53

¹² JODELET D. (1989), page 64

Concernant l'objectivation, elle rend concret ce qui est abstrait. Il s'agit d'un travail de simplification des éléments d'informations relatif à l'objet, d'un travail permettant de concrétiser les notions en faisant correspondre des choses aux mots.

Par exemple les individus vont produire une activité mentale visant à rendre familier, accessible à chacun ce savoir sous forme d'une réalité résumée.

C'est une nouvelle réalité centrée sur des activités quotidiennes et passant par le langage. Ces échanges, ces conversations jouent donc un rôle essentiel dans la genèse des représentations nécessitant également un travail d'intériorisation. Autrement dit, la construction des représentations passe par l'élaboration d'un savoir commun scientifique au cours d'échanges verbaux puis par une intériorisation individuelle. C'est ce que j'ai pu décrire lors de l'analyse des entretiens où les infirmiers(es) construisent une réalité de la douleur de l'autre en faisant correspondre leur savoir théorique, leur expérience professionnelle l'échange verbal entre infirmiers(es) pour intérioriser une nouvelle réalité et rendre concret la douleur de l'autre.

L'ancrage : est l'enracinement social de la représentation. La représentation sociale se construit par incorporation de nouveaux éléments de savoir. On rattache l'objet nouveau à des objets plus familiers. La représentation se construit en référence à des croyances, des valeurs, des savoirs préexistants dans le groupe. Si l'objet fait sens c'est qu'il est intégré dans un réseau de significations constitué par la hiérarchie des valeurs du groupe. Cette théorie est corroborée par les propos du Docteur Jacques Jaume algologue qui dit je cite : « *la réflexion est induite par notre mode de pensée environnant qualifié de cartésien au sein duquel, la cause engendre l'événement provoquant lui-même un but*¹³ ». J'ai pu constater dans le discours des infirmières interrogées que lorsqu'une pathologie est reconnue comme douloureuse par la communauté médicale, on lui attribue un sens qui est enraciné socialement et qui va de ce fait entraîner une attitude de soins.

D'après Denise Jodelet la représentation « *est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social*¹⁴ ».

J'ai pu échanger avec un médecin spécialisé en algologie notamment en cancérologie qui a pu m'éclairer quant à la construction des représentations du traitement antalgique chez certaines infirmières de son service. Son discours précise qu'une fois la prescription médicale d'antalgique rédigée et réalisée auprès du patient celui-ci n'a plus lieu d'exprimer sa souffrance. Il y a bien une construction d'une réalité qui fait que le patient traité ne souffre plus.

Selon Jean Claude Abric¹⁵ qui a consacré un certain nombre de ses recherches à étudier l'impact des représentations sociales sur le comportement des sujets.

¹³ JAUME J. (2003), page 37

¹⁴ JODELET D. (1989), page 53

¹⁵ JODELET D. (1989), page 206

Il a écrit « *la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.* » C'est à dire, la personne construit sa représentation en fonction de son environnement. J'ai pu noter lors du discours de plusieurs infirmières interrogées de l'influence de la pathologie sur les modalités de la prise en charge du patient douloureux.

Je viens d'aborder le concept de représentation selon quatre auteurs différents, je peux en conclure qu'il s'agit de l'appréhension de la réalité, de son interprétation en relation avec des schémas construits à partir d'images sociales ayant une incidence sur les différentes interprétations individuelles qui peuvent en découler. Il s'agit bien d'une expérience personnelle qui engage la totalité du sujet et de son système d'intégration dans lequel préexistent expériences, éducation, culture, états attentionnels et émotionnels. Chacun d'entre nous interprète et exprime la sensation douloureuse à partir de ses expériences passées.

Il n'y a pas de distinction entre le stimulus douloureux et l'intégration qui est faite de cette sensation. Il est donc difficile de faire la part entre la stimulation du corps biologique et la souffrance liée au vécu psychique.

Le fait que la douleur soit interprétée individuellement même si ces interprétations résultent d'un sens collectif, n'exclue pas la part importante laissée à l'individuel dans l'interaction soignant soigné. Isabelle Baszanger a dit : « *La douleur est l'expérience privée d'une personne à laquelle nul autre peut avoir directement accès*¹⁶ ».

C'est pourquoi l'infirmier(e) est dans une situation de soins complexe car il doit objectiver ce qui reste subjectif pour lui mais bien réel pour celui qui ressent la douleur.

C'est pour cette raison qu'il est important de traiter la dialectique objectivité, subjectivité afin de chercher ce qui peut dans le domaine de la douleur orienter l'infirmier(e) dans une attitude de soins inappropriée.

La douleur décrite comme une expérience place le vécu individuel au premier plan. Qui peut comprendre ce qu'il ne ressent pas ?

Comment quantifier une douleur pour se la représenter, lui donner un sens celui la même qui entraînera une prise en charge ?

L'Organisation Mondiale de la Santé a créé une échelle thérapeutique afin de classer les antalgiques en fonction de l'intensité de la douleur. Le pallier 1 concerne les antalgiques non opioïdes pour les douleurs faibles à modérées, le pallier 2, les opioïdes faibles pour les douleurs modérées à intenses et le pallier 3 concerne les opioïdes forts pour les douleurs intenses à très intenses. Cette classification très rationnelle donne un cadre précis quant aux modalités de prescription et d'utilisation de la pharmacopée.

Cependant par quel moyen peut-on juger du niveau d'intensité de la douleur quand nous n'y avons pas accès ?

C'est pour ces raisons que des outils d'évaluation ont été créés.

¹⁶ BASZANGER I. (1995), page 26

Il existe différentes échelles d'évaluation qui sont adaptées au niveau de compréhension du patient. Il est évident que nous ne pouvons pas évaluer la douleur d'un nourrisson comme celle d'un enfant ni d'un adulte.

C'est pourquoi il existe des échelles qui nécessitent la participation du patient comme l'EVA¹⁷ qui résulte de l'autoévaluation du patient à l'aide d'une réglette.

Mais aussi je tiens à citer la création d'une échelle de la douleur pour des patients polyhandicapés créée par l'hôpital San Salvador situé dans notre région.

Ces outils ont tous pour objectif de réduire l'écart entre la subjectivité et l'objectivité qui interagissent dans la relation soignant soigné.

Pendant ils restent corrélés à l'interprétation qu'en fait l'infirmier(e).

3.3 Concept de subjectivité et d'objectivité

Qu'est ce que la subjectivité ?

La définition de la subjectivité donnée dans le Larousse¹⁸ est: « *Qui se rapporte au sujet pensant* » l'origine étymologique est dérivé du mot latin subjectus (mis dessous). Ce qui signifie le sens caché qu'un sujet peut donner au monde qui l'entoure en fonction de ses goûts, ses habitudes... .

Dans le même ouvrage la définition¹⁹ concernant l'objectivité est « *Qui a rapport à l'objet qui existe indépendamment de la pensée* » l'origine du mot est dérivé du latin objectus qui signifie placé devant. Cette étude étymologique permet d'asseoir l'opposition entre ces deux concepts.

Ce qui est placé devant est visible observable palpable cela a une existence propre. La douleur du patient est une réalité ressentie dans son corps, la douleur devient objet indépendant de la pensée elle s'impose à l'homme.

Alors que l'infirmier(e) pense la douleur de l'autre, il tente de lui donner un sens. Ce sens sera construit selon son système de représentations.

En Philosophie la subjectivité est synonyme de vie consciente, telle que le sujet peut la saisir en lui, et où il cerne sa singularité. Descartes désigne la caractéristique du "je", sujet de la connaissance, qui s'affirme au coeur de son activité consciente et qu'exprime : « *je pense donc je suis* ». Cette dimension philosophique donne toute la valeur à l'appropriation de la connaissance et de l'activité intra psychique qui donne à l'être humain son unicité.

Dans le concept de douleur la notion de subjectivité va introduire une dimension interpersonnelle dans l'interprétation du phénomène douloureux du patient algique et les éléments d'interprétations liés à l'infirmier(e)

Avoir conscience de cette difficulté, des mécanismes qui nourrissent notre activité consciente peut permettre une autre approche du patient algique.

Etre consciemment incompetent pour juger de la douleur de l'autre peut éventuellement nous amener à effectuer un travail sur soi.

¹⁷ EVA échelle visuelle analogique

¹⁸ Larousse Classique. (1957), Page 1144

¹⁹ Larousse Classique. (1957), Page 816

Désapprendre ce qu'est la douleur expliquée en terme scientifique philosophique, psychologique dans le but d'écouter le discours de l'autre, pour construire une réalité commune génératrice d'un soin adapté.

De part les lectures que j'ai effectuées, l'étude des concepts tels que je les ai étudiés je suis tenter de dire que la médecine de la douleur est une nécessité, il faut comprendre pour agir et l'homme a besoin de rationaliser.

Pour que des soins infirmiers soient pratiqués dans la sécurité et le confort du patient la connaissance en matière scientifique, psychologique est indispensable. Cependant les témoignages des infirmières soulignent que cette connaissance est peu par rapport à la représentation mentale qu'elles se font du phénomène douloureux dans un instant donné pour un patient donné et une pathologie connue. L'analyse des entretiens d'enquête a introduit un facteur supplémentaire dans l'interprétation de la douleur, à savoir le facteur « pathologie ».

4. Choix de la méthode de recherche

4.1 Objectifs de la recherche

Il est utile de continuer ce travail de recherche dont l'objectif est de mettre en évidence d'une part le rôle de la représentation individuelle de la douleur, et d'autre part le rôle de la représentation de la pathologie.

C'est une possibilité pour les infirmiers(e) de s'apercevoir que leur interprétation du patient douloureux peut être orientée par des facteurs qu'ils ne soupçonnent pas. Cet outil permettrait de dévoiler l'influence de ces facteurs dans l'évaluation du patient douloureux.

Je choisi d'utiliser une méthode de recherche quantitative afin d'obtenir un seuil de significativité dans l'interprétation des résultats.

4.2 Hypothèse de recherche

Les représentations individuelles et collectives de la douleur influencent l'interprétation de l'échelle EVA.

Les variables de l'hypothèse seront les suivantes : représentation de la douleur (variable dépendante), échelle EVA (variable indépendante).

Les indicateurs permettant de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse : interprétation individuelle de l'EVA, connaissance de la pathologie.

4.3 Méthodologie d'enquête

4.3.1 Choix de l'échantillon

Il s'agit de 100 infirmiers(es) évoluant en service de médecine générale, dans un hôpital général. Il s'agit d'une population identique (mêmes caractéristiques) à celle de mon enquête préliminaire.

Il s'agit de créer une corrélation entre une recherche purement empirique et une recherche dont la significativité s'appuie sur des éléments statistiques.

4.3.2 Choix des outils

La Grille N°1 (annexe II) concerne l'évaluation du facteur 1 : représentation individuelle de la douleur.

Groupe A : cinquante infirmiers(es) évoluant en service de médecine générale

Groupe B : cinquante infirmiers(es) évoluant en service de médecine générale

L'évaluation portera sur la représentation que se font les infirmiers de l'échelle EVA suivant certains critères :

- Insignifiante
- Modérée
- Gênante
- Supportable
- Limite insupportable
- Intolérable

Différents EVA seront présentés aux infirmiers (es), il devront associer à chacun l'un des critères ci-dessus mentionnés.

Afin de démontrer qu'il y a des différences inter individuelles pour un même EVA j'utilise une méthode statistique qui fera apparaître la fréquence d'apparition d'un critère pour un EVA donné .

Les résultats seront consignés dans le tableau n°1 (annexe III), rapportant pour chaque indice EVA, la fréquence d'apparition des différents critères.

Le seuil de significativité de nos résultats pour chaque critère EVA sera évalué à l'aide du test statistique Chi deux, pour les deux groupes. Ce test permet de vérifier qu'une relation observée entre deux variables (EVA et Critères associés) ne peut pas être un simple effet de hasard, mais bien une particularité de la population étudiée.

LA Grille N°2 concerne l'évaluation du facteur 2 (annexe IV) : représentation individuelle de la pathologie

Groupe A : cinquante infirmiers(es) évoluant en service de médecine générale constituant le groupe témoin ne connaissant pas la pathologie du patient

Groupe B : cinquante infirmiers(es) évoluant en service de médecine générale constituant le groupe expert connaissant la pathologie du patient.

Cinq patients :

- P1 : Ostéosarcome – EVA 4
- P2 : Lombalgie - EVA 6
- P3 : Céphalées – EVA 4
- P4 : Cancer bronchique – EVA 6
- P5 : Coliques néphrétiques – EVA 2

Je demande à chaque infirmier de se prononcer selon les mêmes critères.

Les résultats seront consignés dans le tableau n°2 (annexe V), rapportant pour chaque pathologie, la fréquence d'apparition des différents critères, suivant que l'on appartient au groupe témoin ou au groupe expert.

4.3.3 Analyse des données

Les données collectées sur ces deux grilles seront ensuite analysées selon une méthode statistique capable de mesurer un seuil de significativité.

Cette méthode est le chi deux.

Le test statistique va montrer pour les deux grilles si la différence que l'on observe entre les 2 groupes est indépendante du hasard (les fluctuations d'échantillonnage) ou statistiquement significative.

Dans le cas de la grille n°2, la question posée est de savoir si l'on est influencé par la connaissance de la pathologie dans l'interprétation de la grille EVA.

La première étape est de caractériser la variable qui nous intéresse. Ici, c'est une variable qualitative puisqu'elle "qualifie" un état (connaissance ou non de la pathologie). Le test à employer est ici le chi deux. La 2ème étape est de transformer la question posée en un système d'hypothèse. En effet, les tests statistiques s'appliquent à des hypothèses que l'on va accepter ou rejeter. Deux types d'hypothèses sont à poser systématiquement dès que l'on emploie des tests statistiques :

- **L'hypothèse nulle** (ou H_0) : c'est toujours l'hypothèse d'égalité. Dans notre exemple, l'hypothèse nulle est : il y a la même interprétation de la douleur sur l'échelle EVA dans le groupe 1 que dans le groupe 2.

- **L'hypothèse alternative** (ou H_1) : ce n'est jamais une hypothèse d'égalité. Dans notre exemple, l'hypothèse alternative est : "il y a une différence d'interprétation de la douleur sur l'échelle EVA dans le groupe 1 par rapport au groupe 2". C'est le résultat du test qui va nous aider à choisir l'une de ces deux hypothèses. Si le test est significatif, l'hypothèse nulle est rejetée, l'hypothèse alternative acceptée, on valide donc l'hypothèse.

5. Conclusion

Longtemps négligée, aujourd'hui reconnue, la prise en charge de la douleur devient une priorité, la demande sociale évolue, le législateur tente d'y répondre à l'aide de plans anti douleur successifs, mais qu'en est-il réellement des pratiques soignantes ?

Ce travail de fin d'études m'a permis d'approfondir, la difficulté de la prise en charge de la douleur, son évaluation, ainsi que l'influence des représentations individuelles sur le phénomène douloureux.

A l'issue de mon travail de recherche je constate que les composantes psychologiques, organiques, physiopathologiques interviennent peu dans l'appréhension du phénomène douloureux, nous sommes souvent en face d'une interprétation personnelle liée à un ensemble de facteurs individuels et collectifs. Cette interprétation individuelle se retrouve dans l'agir et dans les traitements utilisés. Ce phénomène est d'autant amplifié lorsque le facteur « pathologie » vient alourdir par ses signifiants les images mentales liées à notre construction identitaire. C'est dans ce rapport de causalité que se situe toute la complexité liée à la prise en charge du patient algique.

Les différentes tentatives de normalisation de l'expression de la douleur ont permis la construction d'un ensemble d'outils d'objectivation de ce concept. Malgré la réelle pertinence de cette instrumentation, l'utilisateur reste inconsciemment prisonnier de ses propres images mentales.

Toute perspective de modification des agirs ne saurait être uniquement liée à la verbalisation ou à la mise en place de protocoles standardisés. Ne faudrait-il pas développer un axe éducatif, introduisant des systèmes de formation initiale et continue auprès des personnels sur l'impact de nos représentations dans nos pratiques soignantes ?

6. Bibliographie

Ouvrages

ABRIC, Jean Claude - **Pratiques sociales et représentations** - Editions Presses universitaires de France, Collection psychologie sociale, Avenue Reille Paris, 1^{ère} édition 1994. 252 Pages.

BASZANGER, Isabelle - **Douleur et médecine la fin d'un oubli** - Editions du seuil, collection la couleur des idées, 27 rue Jacob Paris VI, 1995. 447 Pages.

JAUME, Jacques - **L'algologie** - Editions Dervy, 204 Bd Raspail 75014 Paris, 2003. 328 Pages.

JODELET, Denise - **Les représentations sociales** - Editions Presses universitaires de France, Collection sociologie d'aujourd'hui, Avenue Reille Paris, 1^{ère} édition 1989 7^{ème} édition avril 2003. 447 Pages

METZGER, Christiane. MULLER, André. SCHWETTA, Martine. WALTER, Christiane - **Soins infirmiers et douleur**- Editions Masson, collection Savoir et pratique infirmière, 21 Rue Camille Desmoulins 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9, 2004. 292 Pages.

PASCAL, Annie. FRECON-VALENTIN, Eliane - **Diagnostics Infirmiers, Interventions et résultats** - Edition Masson, Collection Démarche soignante, Masson S.A.S 120 Boulevard Saint Germain 75280 Paris Cedex 06, 3^{ème} édition 2003. 605 Pages.

REY, Roselyne - **Histoire de la douleur** - Editions La Découverte, Collection poche sciences humaines et sociales, 9 bis Rue Abel Hovelacque 75013 Paris, 1993. 393 Pages.

Dictionnaire

Collectif -**Larousse classique**- Edition Larousse, Collection Dictionnaire, 17 rue Montparnasse, Paris VI, 1957. 1288 Pages.

ANNEXES

ANNEXE I

Guide d'entretien

Etudiante en soins infirmiers j'ai choisi de m'interroger sur la douleur dans le cadre de mon travail de fin d'étude.

C'est pourquoi j'aurai besoin de vos témoignages en tant que professionnels de santé dans ce domaine.

Je propose de mettre en place un entretien d'une vingtaine de minutes où vous pourrez vous exprimer sur le sujet.

Ce travail est réalisé en garantissant votre anonymat.

Pensez vous qu'il y a une différence dans le seuil de tolérance de la douleur entre les patients ?

Si oui pourquoi ?

- intérêt de cette question ?

Tenter d'analyser les facteurs intervenants dans la construction des représentations de la douleur chez l'infirmier(e) (selon l'âge, le sexe, la morphologiesi l'on pense que l'homme est douillet ou résistant, refuse de voir un enfant souffrir ou une personne âgée)

Dans vos pratiques quels sont les facteurs qui interviennent en faveur de l'utilisation des protocoles pour l'emploi d'antalgiques ?

- Intérêt de cette question ?

S'apercevoir si il y a une graduation d'un infirmier(e) à l'autre dans l'utilisation des antalgiques, une systématisation qui sans doute les renvoie à leur propre intériorisation de la douleur.

Un infirmier(e) qui ne tolère pas la douleur va plus la médicaliser.

Un infirmier(e) qui ne croit pas à la douleur de l'autre n'utilise pas d'antalgique.

L'évolution de la législation dans la prise en charge de la douleur est –elle pour vous un élément facilitateur ?

- Intérêt de la question ? Comment le cadre législatif intervient-il dans les mécanismes inconscients présents dans la construction de la représentation de la douleur.

ANNEXE II

Grille d'évaluation de la représentation individuelle de la douleur en fonction d'un EVA donné

	EVA 2	EVA 4	EVA 6	EVA 8	EVA 10
A1					
A2					
A3					
A4					
A5					
A6					
A7					
A8					
A9					
.....					
A50					
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
B6					
B7					
B8					
B9					
.....					
B50					

ANNEXE III

Tableau de résultats n°1 : Mesure de la fréquence d'apparition des différents critères en fonction d'un EVA donné

	EVA 2	EVA 4	EVA 6	EVA 8	EVA 10
Insignifiante					
Modérée					
Gênante					
supportable					
limite					
insupportable					
intolérable					

ANNEXE IV

Grille n°2 : Evaluation de la représentation individuelle de la pathologie.

		P1 EVA 4	P2 EVA 6	P3 EVA 4	P4 EVA 6	P5 EVA 2
Groupe Témoin ne connaissant pas la pathologie	A1					
	A2					
	A3					
	A4					
	A5					
	A6					
	A7					
	A8					
	A9					
						
	A50					
Groupe expert connaissant la pathologie	B1					
	B2					
	B3					
	B4					
	B5					
	B6					
	B7					
	B8					
	B9					
						
	B50					

RESUME

Le présent travail porte sur l'influence des représentations sociales dans la pratique des soins infirmiers, lors de la prise en charge de la douleur. Il tient compte des dimensions culturelles, historiques et législatives en matière d'algologie et témoigne de toute la complexité du phénomène douloureux dans la relation soignante et de toute la subjectivité associée.

La méthode de recherche s'appuie sur une approche quantitative. Un questionnaire sous forme de grilles d'évaluation représente l'outil de recherche.

Mots clefs

Douleur – Représentations sociales – Subjectivité - Objectivité – Evaluation