

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en  
soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

---

**Douleur psychogène en EMS**  
**et vision infirmière de la prise en charge au quotidien**

Réalisé par : Cindy Perruchoud

Promotion : Bachelor 06

Sous la direction de : Chris Schoepf

Sion, le 25 novembre 2009

## Résumé

---

La douleur psychogène est une problématique rencontrée dans divers services de soins, notamment en EMS.

Cette étude qualitative exploratoire a pour but d'identifier les douleurs psychogènes, de définir leurs origines ainsi que l'offre spécifique en soins infirmiers.

A travers des entretiens semi-directifs auprès de huit infirmières travaillant en EMS, cette recherche initiale a permis de mettre en évidence le mal-être profond du résident qui en souffre ainsi que les difficultés pour les soignants à gérer la complexité des soins au quotidien.

Il ressort de cette étude qu'il serait opportun de favoriser la mise en place de cadres et de protocoles permettant au résident d'être sécurisé et considéré globalement dans son être bio-psycho-social et spirituel.

Il serait également judicieux d'entreprendre d'autres recherches afin d'optimiser la prise en charge dans les milieux de soins aigus, de courts et moyens séjours.

**Mots clés :** Douleurs psychogènes, offre en soins, communication, personne âgée, thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses

### *Je remercie*

---

Mme Chris Schoepf, ma directrice de mémoire, pour ses conseils, sa disponibilité, son soutien pendant la durée de mon travail.

Les infirmiers chefs des deux EMS où mes entretiens ont eu lieu, pour le temps qu'ils m'ont accordé, leur accueil, ainsi que leur contribution à ma collecte de données.

Les infirmières des deux EMS, pour leur disponibilité, leur motivation, leur plaisir de partager et leur intérêt lors des entretiens.

Pour finir, je remercie mon conjoint Frédéric, ainsi que mes parents et amis pour leur appui et leur aide précieuse.



« Même quand la blessure guérit, la cicatrice demeure. »<sup>1</sup>

---

1 PUBLIUS, S. *Sentences*. [En ligne] [http://zephoria.free.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=14&idTheme=5](http://zephoria.free.fr/rubrique.php3?id_rubrique=14&idTheme=5)  
consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2009

## Table des matières

---

1.	Introduction du thème général de recherche en soins infirmiers .....	9
1.1.	Motivations .....	9
1.1.1.	Motivations personnelles.....	9
1.1.2.	Mes représentations sur la douleur psychogène.....	12
1.1.3.	Motivations socioprofessionnelles .....	12
1.1.4.	Motivations économiques et politiques .....	12
1.2.	Compétences argumentées en regard de l'objet d'étude .....	14
1.3.	Objectifs personnels d'apprentissages .....	15
2.	Problématique.....	16
2.1.	Définitions générales du problème et de ses termes .....	16
2.2.	L'état de la question et délimitation du sujet .....	18
2.3.	Explication de l'importance du problème.....	20
3.	Méthodologie de travail.....	23
4.	Principes éthiques .....	25
4.1.	Garantie du respect et de la dignité de la personne.....	25
4.1.1.	Autonomie.....	25
4.1.2.	Véracité .....	25
4.1.3.	Fidélité.....	25
4.1.4.	Confidentialité.....	26
4.1.5.	Justice .....	26
5.	Cadre théorique .....	27
5.1.	La douleur .....	27
5.1.1.	L'historique : de la douleur biologique à la douleur psychogène .....	27
5.1.2.	Définition de la douleur .....	28
5.1.3.	Douleurs et troubles de la personnalité .....	29

5.1.3.1.	Douleurs et anxiété .....	30
5.1.3.2.	Douleur et dépression .....	30
5.1.3.3.	Les troubles somatoformes et la somatisation douloureuse .....	30
5.1.3.4.	Troubles factices .....	31
5.1.4.	Les différences dans l'expression de la douleur .....	31
5.2.	L'offre en soins .....	32
5.2.1.	Les rôles infirmiers .....	32
5.2.2.	Approches thérapeutiques .....	33
5.3.	La communication .....	33
5.3.1.	Les composantes de la communication .....	33
5.3.1.1.	Le jeu d'influence dans la relation avec la personne soignée .....	34
5.3.1.2.	Les attitudes soignantes qui nuisent à la communication ou la favorise .....	35
5.3.2.	Les spécificités de la communication avec les patients souffrant de douleurs psychogènes .....	37
5.3.2.1.	Les principales cibles de la communication avec une personne souffrant de douleurs psychogènes .....	38
5.3.2.2.	Les perceptions au sujet de la douleur .....	38
5.3.2.3.	Les moyens non pharmacologiques d'aide au soulagement .....	38
5.3.2.4.	La validation .....	39
5.3.2.5.	Le Caring .....	39
5.3.2.6.	L'empathie ou la relation d'aide .....	40
5.3.2.7.	Les entretiens .....	40
5.4.	Les différentes thérapies .....	40
5.4.1.	Physiothérapie .....	40
5.4.2.	Ergothérapie .....	41
5.4.3.	Art-thérapie .....	41
5.4.4.	Psychothérapie ou psychologue spécialisé en psychothérapie .....	41

6.	Analyse descriptive .....	42
6.1.	Les caractéristiques des douleurs psychogènes et ses origines .....	42
6.1.1.	EMS 1.....	43
6.1.2.	EMS 2.....	44
6.1.3.	Liens théoriques .....	44
6.2.	La perception des douleurs psychogènes par les soignants, le client, les autres résidants et la famille.....	47
6.2.1.	EMS 1.....	47
6.2.2.	EMS 2.....	48
6.2.3.	Liens théoriques .....	49
6.2.3.1.	Perception des soignants face à la douleur psychogène .....	49
6.2.3.2.	Le résidant face à ses douleurs psychogènes .....	50
6.2.3.3.	Les autres résidants face aux douleurs psychogènes .....	50
6.2.3.4.	Les familles face aux douleurs psychogènes de leurs proches .....	51
6.3.	L'offre en soins des douleurs psychogènes : traitements et thérapies proposées.....	51
6.3.1.	EMS 1.....	52
6.3.1.1.	Traitements médicamenteux .....	52
6.3.1.2.	Thérapie non-médicamenteuse et techniques de communication .....	52
6.3.2.	EMS 2.....	53
6.3.2.1.	Traitements médicamenteux .....	53
6.3.2.2.	Thérapie non-médicamenteuse et techniques de communication .....	53
6.3.3.	Liens théoriques .....	55
6.3.3.1.	Les traitements médicamenteux .....	55
6.3.3.2.	Les traitements non-médicamenteux.....	55
6.4.	La prise en charge interdisciplinaire .....	56
6.4.1.	EMS 1.....	56
6.4.2.	EMS 2.....	56

6.4.3.	Liens théoriques .....	57
6.5.	Synthèse de l'analyse .....	57
7.	Discussion.....	60
7.1.	Validité interne de la recherche.....	60
7.1.1.	Choix du thème et pertinence .....	60
7.1.2.	Cadre théorique .....	60
7.1.3.	Outils de méthodologie.....	61
7.1.4.	Echantillon choisi .....	61
7.1.5.	Principes éthiques .....	62
7.1.6.	Analyse .....	62
7.2.	Validité externe de la recherche .....	63
7.3.	Réflexions sur mon travail et propositions, perspectives de recherche.....	63
8.	Conclusion .....	64
8.1.	Objectifs personnels d'apprentissage.....	64
8.2.	Facilités et difficultés de ma recherche .....	65
8.2.1.	Facilités.....	65
8.2.2.	Difficultés .....	65
8.2.3.	Apports personnels et professionnels de la recherche.....	65
9.	Bibliographie .....	68
10.	Cyberiographie .....	70
11.	Recherches et thèses .....	73
I.	Annexes.....	74
	Annexe I .....	74
	Annexe II .....	75
	Annexe III .....	77
	Annexe IV .....	79



## 1. Introduction du thème général de recherche en soins infirmiers

---

Je suis étudiante de 3ème année en soins infirmiers et cette recherche qualitative et exploratoire s'inscrit dans le cadre de mon travail de bachelor. Ma collègue de classe Sylvie Guex-Joris et moi avons choisi de traiter le sujet de la douleur<sup>2</sup> psychogène<sup>3</sup> chez la personne âgée vivant en EMS<sup>4</sup>. En effet, lors de nos stages, en discutant avec les professionnels de terrain, nous avons établi que la prise en charge de ces personnes âgées était source de difficultés<sup>5</sup>.

Le travail de bachelor met un terme à trois ans d'études précédant l'obtention du diplôme Bachelor of Science en soins infirmiers. Il s'agit d'une recherche initiale qui requiert un questionnement sur une situation vécue ayant posé problème, l'utilisation de cadres théoriques<sup>6</sup>, l'application d'une démarche méthodologique, l'analyse de données récoltées sur le terrain et la défense du travail et des conclusions obtenues<sup>7</sup>.

### 1.1. Motivations

---

#### 1.1.1. Motivations personnelles

---

Ayant travaillé pendant cinq ans en EMS<sup>8</sup>, j'ai connu certaines difficultés<sup>9</sup>, tant au niveau relationnel qu'à celui de la prise en charge des patients<sup>10</sup> souffrant de douleurs psychogènes. Je souhaite enrichir mes connaissances pour améliorer la planification et la gestion de l'offre en soins pour les personnes souffrant de douleurs psychogènes afin de transférer ces nouvelles connaissances dans ma future pratique professionnelle.

Lors de mes stages en EMS<sup>11</sup>, j'ai rencontré deux personnes dont le diagnostic médical de douleurs psychogènes avait été posé. A l'époque, je n'avais pas reçu d'enseignement

---

2 Selon la définition de l'association internationale de l'étude de la douleur, « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme de dommage » SGSS. Société Suisse pour l'étude de la douleur. Basel. 2001. Consulté le 1 juillet 2008 [http://www.pain.ch/home-fr/view?set\\_language=fr](http://www.pain.ch/home-fr/view?set_language=fr)

3 Selon le dictionnaire illustré des termes de médecine de Garnier et Delamare : « En médecine mentale, se dit des phénomènes, des symptômes et maladies purement psychiques, c'est-à-dire ne correspondant à aucune lésion perceptible à nos moyens actuels de recherche. Ce terme s'oppose à physiogène. » p.722

4 EMS : Etablissement médico-social

5 J'expliquerai les difficultés rencontrées en section : Cas clinique

6 Cadre théorique : Fondement conceptuel d'une étude. LOISELLE, C.G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec, 2007

7 HES-SO. Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. Travail de bachelor (bachelor thesis) Cadre général de réalisation et d'évaluation. 2007. 6 p.

8 J'ai travaillé durant 3 ans comme aide-soignante, puis une année comme veilleuse dans un EMS du Valais central, actuellement je travaille encore 2 à 3 week end par mois dans un autre EMS.

9 Développé et explicité plus bas dans le texte sous la section cas clinique.

10 J'ai choisi les termes client et patient, comme synonyme de résident et pensionnaire afin d'éviter trop de redondance.

11 Stages de formation, Bachelor en soins infirmiers

théorique sur ce type de douleur et j'ai éprouvé de la difficulté dans la prise en charge des personnes atteintes. En effet, il est difficile d'atténuer leur douleur et de créer une alliance thérapeutique<sup>12</sup> avec eux.

Par ailleurs, je me suis interrogée sur le terme de douleurs psychogènes. En effet, j'ai remarqué que même si ce terme était utilisé à différentes reprises<sup>13</sup>, il faisait peur à certains soignants qui considèrent qu'il induit une catégorisation. Certains lieux de soins préfèrent utiliser des termes tels que douleurs somatoformes ou douleurs médicalement inexplicables ou douleur chronique, afin d'éviter une discrimination des patients.

Afin de mieux saisir mon intérêt sur le thème des douleurs psychogènes, voici deux situations m'ayant posé problèmes durant mon stage<sup>14</sup> :

### *Regard sur une expérience de soins 1<sup>15</sup>*

Mme X avait 85 ans. Elle était veuve, avait deux enfants et plusieurs petits-enfants. Depuis son arrivée en EMS, elle se plaignait de douleurs épigastriques. Elle restait beaucoup en chambre, couchée, ce qui l'isolait socialement des autres pensionnaires. Cependant, ses enfants venaient lui rendre visite deux fois par semaine.

Son médecin traitant avait fait plusieurs examens (prise de sang, ultrason, IRM<sup>16</sup>, gastroscopie et colonoscopie). Mise à part la présence d'hémorroïdes, celui-ci n'avait diagnostiqué aucune lésion ou cause organique à ses douleurs. Le traitement mis en place était du Dafalgan®<sup>17</sup> 1 gr en réserve.

Malgré la prise régulière de cette réserve (environ 1-2 x par jour), Mme X était toujours algique (en moyenne 5-6 sur l'échelle EVA®<sup>18</sup>). Ses plaintes persistaient, ce qui épuisait le personnel soignant. A quelques reprises, j'avais entendu des propos stipulant que Mme X était une « simulatrice » et qu'elle agissait ainsi « pour attirer l'attention ».

La relation entre Mme X et sa famille s'était elle aussi détériorée. En effet, après plusieurs discussions avec les soignants, ses enfants avaient commencé à croire que leur mère simulait ses douleurs.

---

12 Selon le Dr. Michel Hautefeuille, l'alliance thérapeutique est un contrat entre un patient, un soignant et une institution. Le client devra venir aux moments convenus et suivre les règles de l'établissement, le soignant devra s'abstenir de juger la conduite du patient, garantir la confidentialité et le secret professionnel, écouter et avoir envers lui une certaine empathie et l'orienter vers d'autres professionnels si nécessaire. L'institution est garante des lois qui protègent l'espace de la relation. HAUTEFEUILLE, M. Les conditions de la construction de l'alliance thérapeutique. [En ligne] <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/conftox/hautefeuille.html> Centre hospitalier intercommunal Eaubonne-Montmorency, Val d'Oise.

13 Terme entendu dans chacun de mes stages, utilisé par les soignants

14 Idem que note de bas de page 9

15 Ceci est une retranscription non-intégrale issue de ma pratique et construite pour illustrer mon objet de recherche

16 Imagerie par résonnance magnétique

17 Traitement contre les douleurs d'une intensité faible à moyenne (maux de tête, maux de dents, douleurs articulaires et ligamentaires, douleurs dorsales, douleurs pendant la menstruation, douleurs après blessures, douleurs lors de refroidissements). COMPENDIUM. Dafalgan. [En ligne] <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> consulté le 5 août 2008

18 Echelle visuelle analogique. Sous forme de règlette permet l'évaluation de ses douleurs par le client (de 0 à 10)

Lors de mon stage, je n'ai pas vu de soignant travailler avec la réglette, avec la fiche Doloplus® 2<sup>19</sup> ou avec un autre outil agréé. Par contre, les infirmières et aides-soignantes observaient le faciès de la cliente et lui posaient des questions sur sa douleur, telles que : Où avez-vous mal ? Et depuis quand ?

### *Regard sur une expérience de soins 2*

Mme Y avait 76 ans. Elle était veuve et avait un enfant. Elle souffrait d'obésité morbide (103 kilos pour 1m60). Avant d'arriver en EMS, Mme Y avait vécu dans un foyer pour personnes souffrant de troubles psychiatriques du Valais central pendant dix ans, suite à un diagnostic de désordre bipolaire<sup>20</sup>.

Mme Y avait des douleurs à la hanche. Elle était en chaise roulante depuis son arrivée en EMS deux ans auparavant. Avant cela, elle se mobilisait seule avec deux cannes.

Mme Y se plaignait régulièrement de coxalgie et de céphalées. Le médecin avait fait les examens nécessaires (radio, examens sanguins, etc.) Il n'avait pas identifié de cause aux douleurs. Celui-ci avait aussi observé que le faciès de Mme Y ne semblait pas douloureux lors des examens. Il avait prescrit soit du Dafalgan® 1gr en réserve deux fois par jour soit l'utilisation d'un placebo<sup>21</sup> en recommandant aux infirmières d'évaluer la situation. En effet, si celles-ci pensaient que les douleurs de Mme Y étaient « réelles » elles administraient le Dafalgan®, sinon un placebo.

Les effets thérapeutiques des deux médicaments variaient. Parfois ceux-ci atténuaient les douleurs et d'autres fois, ils n'avaient aucun effet.

### *Questionnement sur ces deux situations*

Dans ces deux situations, j'ai entendu les infirmières et aides-soignantes parler de douleurs psychogènes. Je souhaite comprendre ce que signifie ce terme pour elles afin de connaître quels sont les critères qui leur permettent d'utiliser ce terme. En effet, le diagnostic de douleurs psychogènes est rarement posé. Certaines fois, les médecins ne nomment pas ces douleurs car elles sont un échec pour eux, car difficilement traitables avec la médication antalgique habituelle<sup>22</sup>.

---

19 Copie en annexe N°I

20 Appelé autrefois troubles maniaco-dépressif, il est caractérisé par des périodes de manie (euphorie) et des périodes de dépression. DEPRESSION Guide. Désordre bipolaire. [En ligne]. <http://www.depression-guide.com/lang/fr/bipolar-disorder.htm> consulté le 5 août 2008

21 Substance, forme thérapeutique ou tout autre traitement présenté comme efficace alors qu'il est dénué d'activité pharmacologique. Le mode d'administration (intraveineuse, intramusculaire, comprimé ou suppositoire) peut modifier l'efficacité du placebo, ainsi que sa posologie et son prix (plus il est cher et plus il a été décrit comme efficace). SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHARMACOLOGIE. La pharmacologie en ligne : Médicaments « alternatifs » : Placébo. [En ligne] [http://www.pharmacomedicale.org/Fiche\\_1796.html](http://www.pharmacomedicale.org/Fiche_1796.html) France 2005 Consulté le 25 octobre 2008

22 Selon les paliers de l'OMS. « Les analgésiques du palier I, parfois appelés "analgésiques périphériques" ou "non morphiniques", ont la puissance antalgique la plus faible Les analgésiques du palier II sont dits "centraux" ou "morphiniques faibles", car ils sont actifs sur la perception de la douleur au niveau cérébral Les analgésiques du palier III regroupent des agonistes morphiniques forts et des agonistes antagonistes » OMS. Les paliers de l'OMS. <http://www.antalvite.fr/pdf/medicaments.pdf> (consulté le 25 mai 2009)

### **1.1.2. Mes représentations sur la douleur psychogène**

---

Avant de rencontrer un client souffrant de douleurs psychogènes, je pensais qu'une douleur en l'absence de cause médicale était de la simulation. Je ne pensais pas que quelqu'un pouvait avoir une souffrance si importante au niveau psychique que celle-ci se manifestait par des symptômes physiques.

Lorsque j'ai rencontré Mme X, j'ai rapidement compris que je m'étais trompée, en effet, même si aucune cause médicale n'expliquait ses douleurs, son faciès exprimait ses maux. A ce moment-là, je me suis demandée ce qu'était vraiment une douleur psychogène, comment pouvions-nous affirmer qu'il n'existait aucune cause médicale à son problème ? Toutes les années, les chercheurs font de nombreuses découvertes sur le corps humain, je me suis dit que peut-être la cause de ses douleurs n'avaient pas encore été découverte.

### **1.1.3. Motivations socioprofessionnelles**

---

Lorsque j'ai rencontré pour la première fois une personne souffrant de ce type de douleur, je me suis longuement interrogée. Je ne savais pas si la personne souffrait réellement ou si elle simulait ses douleurs, je me suis demandé s'il s'agissait d'un moyen pour attirer l'attention sur elle. Puis, je me suis demandé s'il s'agissait d'une pathologie encore inconnue du domaine médical. Au gré de mes lectures, je me suis aperçue que les maladies et douleurs n'avaient pas forcément de cause biologique. Alors, j'ai essayé de me distancer de mes représentations et d'explorer ce thème sur ces différentes facettes, afin de clarifier mes connaissances et de les mettre en relation avec ce que je vis dans ma pratique professionnelle.

J'ai pour but, grâce à ce travail, de mieux appréhender cette douleur dite psychogène afin d'identifier une prise en charge adéquate, pour les patients futurs souffrant de ce type de douleur et dont j'aurai la charge. Je souhaite pouvoir transférer certains résultats de ma recherche à d'autres classes d'âge ou d'autres types de maladies chroniques.

### **1.1.4. Motivations économiques et politiques**

---

Selon une étude<sup>23</sup> datant d'octobre 2005, menée par la Société Suisse pour l'étude de la douleur dans le but d'interpeller le Conseil Fédéral, 16% de la population suisse souffre de douleurs chroniques<sup>24</sup>, fréquemment à l'origine<sup>25</sup> de consultation médicale. Les coûts directs de diagnostic et de traitement et indirects d'arrêt de travail à court ou long terme

---

23 SSED. La Société suisse pour l'étude de la douleur. Société suisse pour l'étude de la douleur [en ligne]. 2005-2008. Adresse URL : <http://www.pain.ch/actualite/interpellation-ssed-et-reponse-du-conseil-federal/?searchterm=pain%20in%20europe%20survey%202003> (consultée le 1 juin 2008)

24 Les douleurs psychogènes peuvent être une cause de douleurs chroniques selon l'OMS. OMS. La santé mentale vue sous l'angle de la santé publique. [En ligne] [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_fr.pdf) Consulté le 2 juillet 2008

25 La cause la plus fréquente étant les problèmes cardio-vasculaires. SWISSHEART. Fondation suisse de cardiologie : Les progrès médicaux du dernier siècle. [En ligne] <http://www.swissheart.ch/f/forschung/fortschritte.htm> Consulté le 2 juillet 2008

ainsi que de perte de revenu sont de plus en plus lourds pour le système de santé suisse. Ils seraient aussi élevés que ceux engendrés par le cancer ou les maladies cardiovasculaires. Le Conseil Fédéral, quant à lui, a répondu que le système de santé actuel était assez performant pour gérer le problème des douleurs chroniques. Il a de plus précisé qu'un fond de 12 millions avait été débloqué pour la recherche sur ce type de douleur.

Même si toutes les classes d'âge sont concernées par les douleurs psychogènes, je me suis intéressée à la population âgée. En effet, celle-ci risque de contracter des douleurs chroniques. Selon les statistiques<sup>26</sup> sur l'état de santé de la population suisse, environ trente pour cent des personnes âgées de 75 ans et plus souffrent d'un problème de santé de longue durée<sup>27</sup>, ce qui a pour conséquence d'augmenter la probabilité qu'ils deviennent des douloureux chroniques et voient leur qualité de vie diminuée. En effet, les douleurs chroniques ont pour origine une douleur aiguë non-traitée. En sachant que les personnes âgées ne parlent pas forcément de leur douleur, de par leur religion<sup>28</sup>, ou en considérant qu'à leur âge il est normal de souffrir.

En EMS, les soins liés aux pathologies chroniques telles que le diabète ou le cancer induisent une charge importante de travail. L'accompagnement des personnes âgées dans leurs différents deuils<sup>29</sup> l'est tout autant. Une prise en charge optimale du résident est donc primordiale, qu'elle soit biologique, psychologique, sociale ou spirituelle. En effet, les douleurs psychogènes font partie des douleurs chroniques. Un deuil mal-accompagné ou des non-dits peuvent être traduits par des douleurs chez le résidents. L'empathie et l'écoute sont donc importantes pour calmer<sup>30</sup> ces douleurs.

---

26 Confédération SUISSE. Etat de santé, donnée – indicateurs 2002. [En ligne] <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01.html> Consulté le 2 juillet 2008.

27 « Après une durée de trois ou six mois, on parle habituellement de « douleur chronique ». FAUCHERE, P.-A. Douleur somatoforme. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg 2007, p. 27

28 Certains catholiques pensent qu'ils faut souffrir pour aller auprès de Dieu. LE BRETON, D. Anthropologie de la douleur. Métailier. Paris, 1995, p. 82

29 Deuil de sa maison, de ses proches (si décès), deuil de son rôle et de son statut social, etc.

30 Il s'agit de douleurs très difficiles à soulager, nous nous situons plutôt dans une perspective palliative que curative.

## **1.2. Compétences argumentées en regard de l'objet d'étude**

---

Lors de cette recherche initiale, je cherche à développer certaines compétences essentielles à la pratique infirmière. Celles-ci seront évaluées grâce aux objectifs que je poserai. J'ai choisi de détailler ci-dessous, deux objectifs qui sont primordiaux face à mon objet d'étude. Je commencerai donc par expliquer une compétence sur l'offre en soins et la relation d'aide soignant-résident, puis ma deuxième compétence aura pour thème, la recherche et le développement du savoir infirmier.

### **Compétence 1 : Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins**

#### ***En appréhendant la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle dans l'analyse de la situation***

Quels que soient son âge, son sexe ou sa pathologie, chaque personne a des valeurs et représentations différentes. Elle doit faire ses propres choix en fonction de ses besoins. Le rôle du soignant est de l'accompagner. En Valais, même si la culture catholique est majoritaire, il y a une émergence d'autres religions ou philosophie de vie. Il est donc important de prendre cela en compte. Par exemple, la notion de douleur peut varier en fonction des individus, de leur vécu ou de leur croyance. Les douleurs psychogènes sont parfois issues d'un deuil ou d'un problème survenu dans le contexte de vie. Il est donc important de connaître le résident et d'instaurer un climat de confiance afin qu'il puisse, s'il le désire parler de sa douleur.

#### ***En utilisant le geste et le soin au corps dans la relation***

Dans le cadre des douleurs psychogènes, la relation au corps est très importante, en effet, chez certains patients, c'est par des massages ou des frictions que se soignent ces douleurs. Il est donc important d'être à l'aise avec le patient et d'instaurer un climat de confiance.

#### ***En accompagnant le client dans la construction du sens de l'expérience vécue***

Il est très difficile de guérir de douleurs psychogènes puisque la cause est inconnue. Il est donc important que le client puisse comprendre sa pathologie et l'accepter. Le rôle du soignant est de cheminer avec lui et de l'aider à trouver du sens. Cela permettra aussi au patient de se sentir soutenu et de mieux gérer ses douleurs.

### **Compétence 5 : Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires**

#### ***En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain***

Comme je l'ai spécifié dans mes motivations personnelles, ma recherche est fondée sur une problématique de terrain. De surcroît, j'ai tenu à ce que mon expérience personnelle

soit à l'origine de la problématique. Ce sont les difficultés et le mal-être que j'ai ressentis dans la prise en charge de personnes souffrant de douleurs psychogènes qui me motivent à mener ma recherche.

Suite aux téléphones effectués auprès des EMS Valaisans, je me suis rendu compte, qu'il s'agissait d'un problème réel dans ce type d'établissement. En effet, la majorité des infirmiers chefs ont trouvé le sujet intéressant et pertinent. Ceci relève d'une problématique vécue par les soignants, en effet, comment garantir une qualité de vie adéquate à ce type de résidant ? Quelle prise en charge pouvons-nous leur offrir et comment créer une relation d'aide avec eux ?

### ***En respectant les principes éthiques liés à la recherche***

Tout au long de ma recherche, je suis soumise à des règles éthiques. La confidentialité des données doit être garantie, je ne dois en aucun cas léser une personne qui accepte de participer à mon enquête. Celles-ci connaissent le thème de mon mémoire ainsi que leurs droits grâce à la lettre d'informations<sup>31</sup> fournie aux participants et la feuille de consentement éclairé<sup>32</sup> qu'ils signent.

### ***En utilisant des méthodes de recherches adaptées à la problématique***

J'ai basé mes recherches sur la littérature infirmière, médicale et sociale concernant mon sujet afin de mieux déceler les enjeux bio-psycho-social et spirituel. J'ai trouvé des ouvrages, des études et des documents sur le sujet. Après avoir construit mon cadre théorique, j'ai élaboré un grille d'entretien afin de pouvoir interroger des infirmières et alimenter mes connaissances par une exploration sur le terrain pour la collecte des données.

### ***En utilisant et diffusant les résultats de ma recherche***

J'essaierai de répondre à ma question de recherche en analysant les données recueillies<sup>33</sup> à l'aide d'éclairages conceptuels. Ensuite, je partagerai mes résultats avec les experts et personnes présentes lors de ma soutenance.

## ***1.3. Objectifs personnels d'apprentissages***

---

- Je souhaite réaliser une recherche exploratoire et descriptive, en cheminant de ma question de départ jusqu'à l'analyse des résultats et leur communication.
- Je recueillerai des informations chez les professionnels du terrain, par des entretiens semi-directifs et analyserai les résultats obtenus à l'aide d'un cadre théorique.

---

31 Copie en annexe N°II

32 Copie en annexe N°III

33 Résultat des entretiens et lectures



## 2. Problématique

---

### 2.1. Définitions générales du problème et de ses termes

---

Selon le Grand Robert : « La vieillesse est la dernière période de la vie humaine, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales ». Cette définition est aussi reprise par la Commission fédérale dans un imprimé publié en 1995<sup>34</sup>. Si nous faisons une comparaison entre la pyramide des âges de 1980 et de 2007, nous voyons une nette augmentation de la population vieillissante (65 et plus).

Il y a donc une augmentation des personnes âgées en EMS. Selon l'observatoire valaisan de la santé<sup>35</sup>, il y avait en 2004, 2883 personnes âgées vivants en EMS, soit 7% de la population des soixante-cinq ans et plus. Il existe 39 EMS<sup>36</sup> en Valais, il s'agit de lieux de vie, ceux-ci assurent la prise en charge des soins dus à l'âge et à la maladie, ils offrent un environnement sécurisé afin de limiter les risques encourus par la personne, tels que les chutes, la déshydratation et la malnutrition, ou les risques dus à des symptômes dépressifs (suicide, etc.) ou des démences (fugue, etc.). Il s'agit d'un accompagnement qui répond aux besoins individuels de chaque personne (autonomie et dépendance). La moyenne d'âge en 2004 était de 83 ans. Ce lieu répond aussi à une nécessité de soutien et de dialogue des personnes. La relation est basée sur la communication verbale et non-verbale. Celle-ci peut être perturbée par différents facteurs tels que la langue, une atteinte cognitive, un manque de confiance, des troubles sensitifs (surdité, mutisme, etc.), un manque d'empathie, etc.

Les EMS ont pour but :

- D'assurer l'hébergement des personnes âgées
- D'offrir des soins infirmiers adaptés au résident, d'un point de vue physique et/ou psychique
- De compenser les besoins d'aides dans les activités de la vie quotidienne
- D'apporter une sécurité au résident, que ce soit dans une optique médicale (prévention d'escarre, risque de blessure, risque de chute, etc.) ou psychologique (faciliter le travail de deuil, accompagner la personne à la fin de sa vie, etc.)

La demande de placement en EMS est très importante, cependant les places sont rares. Le canton a donc décidé de créer 450 lits de plus pour 2013. Néanmoins, avec l'augmentation de l'espérance de vie, ce nombre sera insuffisant.

---

34 Commission fédérale, Vieillir en Suisse, Office fédéral des imprimés, Berne, 1995. G. Heller (  d.), Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande,   ditions d'En Bas, Lausanne, 1994.

35 OBS. Observatoire valaisan de la santé: La santé des Valaisans en 2004. [PDF]. [http://www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2004-10-11-6243/fr/Etat\\_sante\\_2004\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2004-10-11-6243/fr/Etat_sante_2004_fr.pdf) (consulté le 21 août 2008)

36 Dont 28 répartis sur le Valais francophone, lors de mes entretiens téléphoniques exploratoires, j'ai contact   les infirmiers chefs de ces 28 EMS



Sur les 40 EMS du Valais, 28 sont francophones. Nous voyons aussi l'émergence de petites structures à l'intérieur des EMS, qui peuvent accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques. Le personnel y est formé à la communication et à l'accueil de personnes souffrant de pathologies comme la maladie d'Alzheimer. Il serait intéressant de savoir si des formations sur les douleurs psychogènes leur ont été apportées.

La dotation du personnel dans les EMS pour le Valais se décompte comme suit <sup>37</sup>:

- 19.6 % de postes occupés par des infirmières diplômées
- 7.6 % de postes occupés par des assistantes en soins
- 23.9 % des postes occupés par des aides-soignantes certifiées
- 48.8 % des postes occupés par des aides infirmières non-formées

En sachant que la moitié des soignants ne reçoit pas de formation, il est intéressant de savoir quelle prise en charge peut offrir une infirmière travaillant en EMS ? Que peut-elle mettre en place pour favoriser le bien-être du résident souffrant de douleurs psychogènes.

En outre, comme expliqué dans le chapitre : Motivations économiques et politiques, sachant que les personnes âgées sont une population à risque au niveau des douleurs, à cause des nombreuses co-morbidités<sup>38</sup> dues à l'âge, nous pouvons estimer qu'avec cette augmentation, cela amènera aussi à un accroissement du nombre de douloureux chroniques.

**La douleur**<sup>39</sup> est décrite comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes de lésion.

Il faut discerner les différents types de douleurs<sup>40</sup> :

**La douleur aiguë** :<sup>41</sup> C'est un signal d'alarme qui permet de rechercher la cause. Elle a un rôle protecteur et est utile. Elle est récente, transitoire et finit par céder rapidement par contre elle est souvent intense. Elle est en général due à un facteur précis et est réactionnelle à celui-ci. Elle peut générer de l'anxiété. Elle peut être soignée de manière curative.

**La douleur chronique** : Il s'agit d'une douleur qui perdure après 3 à 6 mois. Elle est inutile et destructrice. Elle a plusieurs origines (psychologique et physique). Il s'agit d'une

---

37 Chiffres tirés de l'enquête de H. Verloo : VERLOO. H. Les douleurs chroniques dans les EMS en Valais: Prévalence et prise en charge. Institut universitaire Kurt Bosch. Bramois 2007.

38 Les personnes âgées sont une population touchée par des problèmes de santé tels que l'arthrite, arthrose, le diabète, les cancers, les problèmes cardio-vasculaires, plaies, escarres, ... toutes ces pathologies causent des douleurs qui peuvent être à la base de douleurs chroniques si celles-ci ne sont pas prises en charge correctement.

39 Idem note de bas de page 1

40 Les différentes douleurs sont développées dans mon cadre théorique.

41 Définition : PRISER, C. Cours physiologie de la douleur. [En ligne]. Avril 2004. <http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php> Consulté le 2 juillet 2008

habitude d'une douleur aiguë. Elle amène à une baisse de la qualité de vie et peut aller jusqu'à la dépression. Elle nécessite une réadaptation.

**La douleur somatoforme** <sup>42</sup> : Les troubles somatoformes individualisent une douleur « somatoforme » qui se présente comme celle d'une maladie physique, sans que les bases organiques permettent pourtant de comprendre l'intensité et la durée de la plainte.

Selon le CIM 10<sup>43</sup>, les troubles somatoformes sont classés dans la catégorie V sous le titre « Troubles mentaux et du comportement » sous le chiffre F45.

Le diagnostic de **douleurs psychogènes** de psycho (esprit) et gène (origine), est utilisé au même titre que douleurs somatoformes. Par contre ces premières connotent fortement ces douleurs comme appartenant au champ psychiatrique.

Par ailleurs, comme mentionné dans les paragraphes précédents, la relation soignant-résident et la prise en charge d'une personne âgée sont complexes. En effet, les soignants doivent faire face aux difficultés dues à l'âge, souvent la personne souffre de co-morbidités<sup>44</sup>, ce qui nécessite des soins complexes. Quelques soignants ont exprimé lors de la phase exploratoire, le fait que les patients psychogènes sont « souvent » considérés comme « pénibles ». Selon Anne-Françoise Allaz<sup>45</sup>: « L'absence de clarification des attentes tant du patient que du thérapeute, mais aussi des limites du savoir scientifique, peut ainsi menacer la relation thérapeutique, débouchant parfois sur une rupture et un comportement de « tourisme » thérapeutique. » Elle exprime aussi le fait que lorsqu'un patient souffrant de ce type de douleur arrive chez un médecin, il est focalisé sur sa douleur qui est réelle. « Le médecin considère uniquement la douleur comme un symptôme d'une lésion organique ou physiopathologique sous-jacente. »<sup>46</sup>

## **2.2. L'état de la question et délimitation du sujet**

---

Tout au long de l'élaboration de ma problématique, mes recherches et découvertes, m'ont orientée sur différents sujets. Au début, je souhaitais travailler sur la prise en charge de la douleur psychogène en EMS et son évaluation. Je souhaitais créer un outil d'évaluation pour la douleur psychogène. Malheureusement, étant limitée en temps, ce sujet était trop complexe, en vue de cette recherche initiale. De plus, la douleur psychogène variant d'une personne à une autre et ayant des origines multiples, il était périlleux, à mon stade de formation, de créer un outil adapté à tous les patients.

De là, mon regard s'est déplacé sur la formation du personnel soignant, celle des aides-soignantes m'intéressait car il s'agit d'une profession très répandue en EMS et donc, très

---

42 ALLAZ. A.-F. Le messenger boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007.

43 OMS. CIM 10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Edition MASSON, Paris 1994.

44 Exemple : arthrose, diabète, insuffisance cardiaque, cancer, etc.

45 Idem note 37

46 Idem note 37

proche des résidants. Selon les dires des aides-soignantes que j'avais rencontrées, elles n'avaient reçu aucune formation sur la prise en charge des patients souffrant de douleurs psychogènes. De ce fait, il est difficile pour elles de comprendre le client et de l'accompagner de manière adéquate.

Mme Anne-Francoise Allaz parle dans son livre : le messager boiteux<sup>47</sup>, de l'étiquette que peuvent poser les soignants sur les douleurs psychogènes. Ce sujet est intéressant car il soulève la question de la catégorisation. En effet, quels patients sont classés dans cette catégorie ? Et selon quels critères ? Par ailleurs j'aimerais comprendre en quoi ce terme serait susceptible d'influencer la prise en charge.

La première étape afin d'étoffer ma recherche a été d'appeler tous les infirmiers chefs des EMS valaisans afin de connaître la prévalence de ces douleurs. En effet, je ne souhaitais pas me lancer sur ce sujet sans savoir s'il existait plusieurs personnes souffrant de ce type de douleur en EMS. Lors de mes appels, j'ai remarqué que le terme « psychogène » pouvait parfois interpeller les soignants. En effet, peu de personnes m'ont répondu directement, la plupart, m'ont demandé une définition de ce terme, avant de me répondre. Afin d'éviter les biais, j'ai choisi de leur répondre simplement : « Douleurs sans cause médicale connue, d'origine psychologique ». Seuls 2 EMS sur les 28 m'ont répondu qu'ils n'avaient pas de personnes souffrant de douleurs psychogènes dans leur établissement<sup>48</sup>. Donc, devant le nombre d'EMS ayant répondu positivement, je pense qu'il existe un intérêt à cette recherche.

Par ailleurs, s'il existe de très bons livres sur le sujet (cf : bibliographie), cependant peu d'études et de thèses ont été faites sur le sujet<sup>49</sup>. Il n'y a aucun chiffre sur le nombre de personnes touchées par ce type de douleur, ni pour la Suisse, ni pour le Valais, même chose pour les coûts engendrés, les conséquences pour le système Suisse et valaisans. C'est pour cela que j'ai choisi, dans ma revue de littérature, des recherches faites sur les douleurs chroniques et sur la vie en EMS.

---

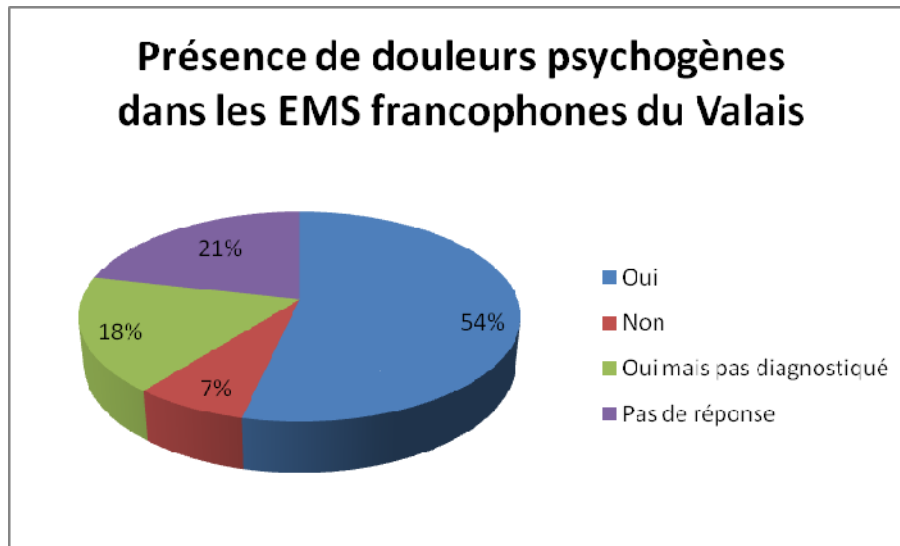
47 Idem note de bas de page 35

48 Tous les résultats obtenus sont sous le chapitre : Problématique

49 J'ai effectué des recherches sur cochraine, medline, sinhal, BDSP, ARSI, etc. ) avec les mots clés : douleur, psychogène, somatoforme, en septembre 2008

### 2.3. Explication de l'importance du problème

La première étape de ma recherche a constitué à demander aux infirmiers chefs des EMS francophones du Valais qu'elle était la prévalence de ces douleurs dans leur établissement. Sur les 28 EMS contactés, 15 m'ont affirmé avoir des patients souffrant de douleurs psychogènes, avec toutefois, 5 infirmiers-chefs hésitants car aucun diagnostic n'avait été posé. Seuls deux EMS m'en répondit qu'ils n'avaient pas de douleurs psychogènes dans leur EMS, les autres n'ont pas répondu.



Six infirmiers-chefs m'ont confirmé la présence de patient avec ce type de douleur. Ils m'ont précisé qu'il s'agissait d'une grande difficulté dans leur établissement, en effet, ils m'ont expliqué que ces résidents provoquaient l'épuisement des équipes soignantes, car ils sont souvent très demandants<sup>50</sup>.

Selon Anne-Françoise Allaz, dans le livre « le messenger boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques »<sup>51</sup>, il est dit, que des demandes et plaintes répétées des patients souffrant de douleurs psychogènes, induisent d'importantes frustrations chez les soignants, qui peuvent amener à l'utilisation d'étiquettes péjoratives. Cela interpelle et soulève la question du diagnostic de « douleurs psychogènes ». Est-il posé par le corps médical, où est-ce une catégorisation de ces résidents ? Par ailleurs, je souhaite approfondir mes connaissances quant à la prise en charge de ces résidents lorsque ce diagnostic est établi.

Mme Allaz explique aussi que ces étiquettes dépréciatives engendrent des difficultés relationnelles chez les personnes souffrant de ce type de douleurs. Elle préconise de

<sup>50</sup> Selon les explications de ces infirmiers-chefs, ils sonnent souvent, parce qu'il cherchent le contact et ont besoin d'exprimer leur douleur.

<sup>51</sup> ALLAZ. A.-F. Le messenger boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007. P 98

remplacer la notion de syndrome somatoforme persistant, par un terme plus descriptif tel que « douleurs chroniques médicalement inexpliquées. ». Je pense qu'il est important de comprendre les connotations et représentations se cachant derrière un terme médical accepté par la communauté scientifique. Que signifie l'expression : douleurs psychogènes pour les infirmières et qu'elles en sont leurs représentations ? Comment se passe la prise en charge d'une personne ayant ce type de douleur dans l'établissement où elles travaillent ? Quels moyens sont mis en place ? Comment gèrent-elles ce type de résidant ? Quelles sont leurs difficultés et facilités ?

Par ailleurs, dans le livre de Pierre-André Fauchère, Douleur somatoforme, l'auteur explique ceci : « L'inclusion de la douleur psychogène dans la classification des troubles mentaux a suscité les craintes de voir certains patients marginalisés à travers une étiquette psychiatrique, alors que l'idée était au contraire de les faire reconnaître et traiter de façon plus appropriée. »<sup>52</sup> Il exprime aussi que les termes de douleurs psychogènes et de syndrome douloureux somatoforme persistants n'ont pas été adoptés par le grand public car ils catégorisent le problème comme « se passant dans la tête », contrairement à des nomenclatures telles que fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique.

Dans ce même livre, il est expliqué que la classification des douleurs psychogènes dans le CIM-10 est contestée par certains chercheurs tels que R. Mayou et coll. Ceux-ci arrivent à la conclusion qu'il ne faut pas intégrer ce type de douleur dans cette classification. Ils appuient leurs propos par différents éléments<sup>53</sup> tels que :

- La catégorie diagnostique n'est pas acceptée par les patients, en effet, le diagnostic de douleur psychogène est très peu posé, car il exprime une incapacité du corps médical à trouver la cause d'un problème et donc est rejeté par le patient.
- Elle n'est pas compatible avec certaines cultures, la douleur est différente selon chaque culture, donc nous ne pouvons pas classer celle-ci de la même manière selon la perception.

Suite à mes lectures, je m'interroge sur la perception des douleurs psychogènes par les infirmières, en effet, comment détectent-elles une douleur psychogène et comment la prennent-elles en charge ? Ont-elles des critères leur permettant de classer certaines plaintes dans les douleurs psychogènes

### *Les questions spécifiques de recherche*

Sous quelles conditions les infirmières en EMS considèrent-elles la douleur d'un résidant comme appartenant aux douleurs dites psychogènes ?

Et comment accompagnent-elles ces personnes dans leur offre en soins au quotidien ?

---

52 FAUCHERE, P.-A. Douleur somatoforme. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg 2007, p. 31 à 53

53 FAUCHERE, P.-A. Douleur somatoforme. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg 2007, p. 31 à 53

### *Objectifs de recherche*

Que je puisse concevoir comment les infirmières détectent les douleurs psychogènes en EMS.

Que je puisse comprendre, les enjeux d'une offre en soins optimale pour les résidents souffrant de douleurs psychogènes.

### 3. Méthodologie de travail

---

Concernant la méthode de travail à suivre pour mon mémoire, je me suis inspiré des cours de méthodologie que j'ai eu pendant ma formation, ainsi que du livre de « Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives »<sup>54</sup>.

La première étape fut de choisir un thème s'insérant dans une dynamique de recherche. Suite à cela, j'ai posé une question de départ. De là, j'ai commencé des recherches bibliographiques et effectué deux entretiens exploratoires avec des professionnels du terrain, afin de connaître la pertinence de mon sujet. Par ailleurs, je cherchais à connaître mes préconstruits sur les douleurs psychogènes et mes motivations personnelles et professionnelles à traiter ce sujet.

Suite à mes recherches, j'ai défini une problématique, ciblée sur ma question centrale, ce qui m'a permis de constituer une question plus précise et spécifique. De là, j'ai créé un cadre théorique regroupant toutes les informations qui me semblaient nécessaires pour la compréhension du sujet et pour l'analyse future des différentes données.

J'ai déterminé le terrain sur lequel je mènerai mon enquête, ainsi que la population que j'allais interroger. Mon choix s'est porté sur des infirmières, ayant au minimum trois ans d'expériences dans la prise en charge des clients souffrant de douleurs psychogènes. J'ai décidé de centrer mon enquête sur les EMS, car c'était le milieu où j'avais rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces clients. Pour choisir les EMS afin d'effectuer mes entretiens, ainsi que pour connaître la pertinence de mon sujet, j'ai téléphoné aux infirmiers chefs de 28 EMS valaisans. Je leur ai demandé si dans leur établissement, ils avaient, à leur connaissance, des personnes souffrant de douleurs psychogènes, et si oui, si une réflexion sur leur prise en charge avait été faite. Sur tous les EMS interrogés, seulement deux EMS m'ont répondu qu'une prise en charge spécifique avait été décidée. J'ai donc décidé de faire mes entretiens dans ces deux établissements.

J'ai effectué mes entretiens auprès de huit infirmières dans deux EMS du Valais central. J'ai tout d'abord élaboré une grille composée de questions semi-directives, que j'ai validé en faisant un pré-test auprès d'une infirmière externe à l'enquête, celle-ci m'a conseillé sur certaines questions à poser et m'a corrigé les questions mal formulées.

Il s'agit d'une recherche<sup>55</sup> empirique<sup>56</sup>, qualitative<sup>57</sup> et exploratoire, basée sur une expérience personnelle.

Pour ce qui est du choix des infirmières, j'ai laissé ce dernier aux infirmiers chefs. Dans cette étude qualitative, les effectifs infirmiers des EMS ne donnent pas un choix

---

54 LOISELLE, C.G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec, 2007

55 Investigation dont le but est de répondre à une ou plusieurs questions ou de résoudre des problèmes.

56 Données recueillies sur le terrain, grâce à nos cinq sens et qui est le point de départ de la production des connaissances.

57 Met en avant l'exemplarité et la qualité

représentatif d'une population générale. Cependant cet échantillon étant de type raisonné, ou dit aussi intentionnel j'ai délibérément choisi de mettre en avant l'exemplarité afin d'éclairer mes questions spécifiques de recherche. De plus, les infirmiers chefs connaissaient bien les infirmières et savaient celles qui accepteraient de répondre aux entretiens (échantillonnage boule de neige).

Par manque de temps dans un EMS, les méthodes d'entretiens ont été différentes. En effet, les quatre premiers entretiens dans le premier EMS ont été individuels, alors que dans le second ils ont eu lieu à deux. Pour cela, je ne peux pas analyser les données de la même façon, et je séparerai donc les résultats obtenus lors de l'analyse.



## **4. Principes éthiques<sup>58</sup>**

---

Je respecterai les principes éthiques de l'ASI, soit la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice et l'autonomie.

### **4.1. Garantie du respect et de la dignité de la personne**

---

Il vise à protéger les intérêts des participants, tant au niveau de leur intégrité physique, psychologique ou culturelle. Il s'agit du principe fondamental de l'éthique de la recherche.

#### **4.1.1. Autonomie**

---

Toutes les infirmières ayant participé à ma recherche sont volontaires. Elles ont eu le droit de me poser des questions, avant, pendant et après les entretiens. Elles ont pu aussi décider de retirer une phrase dite lors de l'entretien afin qu'elle ne paraisse pas dans mon analyse. Je leur ai posé des questions adéquates et claires afin d'éviter tous biais et jugement. J'ai respecté leurs réponses et leurs silences et leur ai accordé une écoute attentive et le temps nécessaire. Je leur ai spécifiées qu'elles pouvaient à tout moment se retirer de mon enquête, cependant aucune infirmière n'a souhaité le faire.

#### **4.1.2. Véracité**

---

J'ai expliqué ma démarche aux participantes, par une lettre de consentement éclairé<sup>59</sup> et d'information<sup>60</sup> que les infirmières participant à l'étude signeront. Je n'ai en aucun cas essayé de les induire en erreur ou de les tromper. Les entretiens ont été enregistrés afin d'éviter toute déformation des propos recueillis. Je les ai retranscrits mots à mots dans mon analyse.

#### **4.1.3. Fidélité**

---

J'ai promis la confidentialité aux personnes ayant participé à mes entretiens et je m'y suis tenue. Il en est de même pour les enregistrements qui seront détruits d'ici la fin de l'année.

---

58 Tiré de la brochure de l'ASI : ASI. Les infirmières et la recherche : principes éthique, Berne, 2002 et de LOISELLE, C.G., PROFETTO-McGRATH, J. Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec, 2007

59 Cf : Annexe III

60 Cf : Annexe IV

#### **4.1.4. Confidentialité**

---

Je ne divulgue ni les lieux, ni le nom des personnes qui ont participé à mon entretien et prends soin de ne pas donner d'informations permettant de révéler leur identité. De plus, aucunes informations confidentielles n'ont été données sans leur consentement.

#### **4.1.5. Justice**

---

Aucune personne n'a été favorisée ou désavantagée lors de mes entretiens. Je n'ai pas choisi ces personnes en fonction de critères pouvant valider ou non mon enquête. Afin de ne pas créer de biais, j'ai laissé le soin aux infirmiers chefs des deux établissements de sélectionner les participants en fonction de mes critères d'inclusion.

## 5. Cadre théorique

---

J'ai exposé dans le chapitre ci-dessus, les raisons qui m'ont poussée à choisir ce thème et comment je suis arrivée à mes questions centrales de recherche.

Le contenu de ce chapitre est lié à mon questionnement, le but étant de ressortir les points clés afin de mieux en saisir le sens. Mes questions sont Sous quelles conditions les infirmières en EMS considèrent-elles la douleur d'un résident comme appartenant aux douleurs dites psychogènes ? Et comment accompagnent-elles ces personnes dans leur offre en soins au quotidien ?

J'ai choisi de présenter les concepts de douleurs psychogènes et de l'offre en soins. Je commencerai par définir le terme de douleur, avec ses différentes formes (nociceptive, neurogène et psychogène), puis j'approfondirai plutôt le thème de la douleur psychogène car celle-ci est à la base de mon travail de recherche.

Pour conclure, je décrirai le cadre où se passe mon enquête.

### 5.1. La douleur

---

#### 5.1.1. L'histoire<sup>61</sup> : de la douleur biologique à la douleur psychogène<sup>62</sup>

---

Si la douleur a toujours accompagné l'homme, il faudra attendre l'essor de la philosophie pour qu'enfin le problème soit analysé et que les premières théories émergent. Bouddha, par exemple, va proposer une gestion de la douleur des hommes.

Dès lors apparaissent deux types de douleurs pour le corps médical, la douleur de la femme est appelée obstétricale, c'est une fatalité, chez l'homme c'est la douleur de guerre.

C'est chez les Grecs que prend l'essor de la clinique. Avant Hippocrate, la médecine est guerrière et religieuse. Cela est dû aux nombreuses guerres menées par les Grecs dans un but d'expansion. Il faut soigner les blessés et la médecine est aux mains des prêtres.

Hippocrate (-460 av. J-C.) considère deux problèmes majeurs : il ne faut pas nuire au patient et il faut renforcer les processus thérapeutiques naturels. Le médecin doit établir un diagnostic précis, chercher les causes et les traitements de la maladie. Pour lui, la douleur est un signe, un symptôme. Toute antalgie est à proscrire.

---

61 Tiré de : Dr. LORIN, F. Histoire de la douleur : de l'antiquité à nos jours. [En ligne] CHU de Montpellier. Hôpital de Saint Eloi, 2006. [http://www.psychiatriemed.com/fabrice\\_lorin\\_histoire\\_de\\_la\\_douleur.php](http://www.psychiatriemed.com/fabrice_lorin_histoire_de_la_douleur.php)

62 Cet historique est non exhaustif

Galien (131/201) était le médecin de Marc Aurèle. Il est le premier à rechercher dans la pharmacologie et la chirurgie des moyens de lutter contre la douleur. Il la définit comme une sensation ayant comme siège le cerveau.

Au moyen âge, la médecine est figée par la religion. Néanmoins, certains médecins vont faire évoluer la médecine grâce à l'utilisation de nouveaux antalgiques. Par exemple, Avicenne utilise l'opium, le saule et la mandragore. Gui de Chauliac, médecin du pape Clément VI réalise une trépanation pour traiter les migraines du pape. C'est à cette époque-là que le concept de douleur comme châtiment divin se développe. En effet, la douleur est soit une étape avant de rejoindre Dieu soit une punition.

Au 18<sup>ème</sup> siècle, la médecine utilise fréquemment l'opium pour soigner les douleurs, d'autres traitements comme la flagellation, la friction ou l'urtication<sup>63</sup> prennent leur essor : Infliger la douleur pour la guérir.

Au 19<sup>ème</sup> siècle, lors des guerres napoléoniennes, le Dr. Larrey, chirurgien, ampute les soldats blessés pendant leur état de choc, afin de leur éviter des souffrances inutiles. À la même époque, des chimistes allemands isolent la morphine comme principe actif de l'opium. C'est aussi dans ces années-là, qu'est découvert le gaz hilarant. En 1847, Simpson réalise le premier accouchement sans douleur grâce au chloroforme. C'est pendant ce siècle que de nombreux antalgiques sont découverts.

En 1965, R. Melzack et P.D. Wall publient leur théorie du portillon<sup>64</sup>, ils y remettent en cause l'optique biologique pure de la douleur, ils expliquent que la perception de la douleur peut être modifiée par des facteurs psychologiques et socioculturels. Ils créent en 1974 l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) ainsi que la revue « Pain ».

En 1989, la catégorie diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant est inscrit dans la CIM-10.

À la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, le traitement de la douleur devient un objectif de santé publique et de nombreux progrès sont réalisés. La douleur est aussi perçue comme déclenchant un élan de solidarité et d'empathie. La médecine doit supprimer la douleur, voir la mort et ouvrir la vie éternelle.

### 5.1.2. Définition de la douleur

---

Selon la définition du dictionnaire illustré des termes de médecine<sup>65</sup>, la douleur est « une impression anormale et pénible reçue d'une partie vivante et perçue par le cerveau. La douleur est un symptôme, pas une maladie en soi. Selon Fauchère<sup>66</sup>, il s'agit d'un signal d'alarme qui permet de rechercher une cause, une lésion ou un dysfonctionnement de

---

63 Flagellation avec des orties fraîches destinée à produire une excitation de la surface cutanée

64 MELZACK, R. WALL, P.D. The puzzle of pain. London: Penguins Books Ltd, 1973

65 GARNIER, M. DELAMARE, V. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28ème édition. Edition Maloine, Paris, 2004

66 FAUCHERE, P.-A. Douleur somatoforme. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg 2007.

l'organisme. Cette douleur est appelée douleur aiguë ou nociceptive. Celle-ci est engendrée par un stimulus douloureux au niveau des terminaisons nerveuses, qui vont transmettre l'influx nerveux par les voies afférentes grâce à des neurotransmetteurs (substance P, glutamate,...) jusqu'au cerveau via la moelle épinière.

Selon la définition de Mme Priser<sup>67</sup>, la douleur neurogène « se dit des douleurs qui ne résultent pas de lésions tissulaires. Elles sont dues à une interruption des voies nociceptives entraînant une perturbation du système de transmission. Les douleurs sont permanentes sous forme de brûlures avec des moments paroxystiques et des troubles de la sensibilité tactile ». Cette douleur apparaît lors de déficit de la sensibilité notamment chez les para et tétraplégiques, au cause de l'hypoesthésie voire de l'anesthésie des membres, mais peut aussi être due à des infections, des toxines, une compression nerveuse telle qu'une hernie discale, ou lors de certaines pathologie comme le diabète. Je ne développerai pas plus ce point car il s'éloigne de mon sujet d'étude.

Lorsqu'une douleur dure entre trois et six mois, on parle de douleur chronique. Selon Anne-Françoise Allaz, nous pouvons constater, « que plus la douleur se chronicise, plus l'importance des causes organiques diminue au profit des facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels ». Cela veut dire qu'à ce moment-là, la douleur n'est plus un signal d'alarme mais une maladie en soi. Elle exprime aussi le fait que la douleur ressentie par le client peut être démesurée par rapport à la lésion tissulaire de base. Les patients atteints de douleurs chroniques expriment une réelle souffrance. Ce syndrome peut causer un degré important d'inconfort voir une invalidité.

L'IASP définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion. Dans cette dernière définition, nous voyons l'intégration de l'émotion ainsi que la possibilité d'une lésion potentielle donc peut-être inexistante, cette définition peut donc correspondre aussi aux douleurs psychogènes. Comme je l'ai dit plus haut, une douleur chronique perd de son origine biologique avec le temps et se transforme en douleur psychosociale, comportementale ou relationnelle. Lorsque la cause biologique a complètement disparu ou est inexistante, nous parlons de douleur psychogène. Il peut exister des morbidités psychiques associées<sup>68</sup> à ce type de douleurs :

### **5.1.3. Douleurs et troubles de la personnalité**

Selon Anne-Françoise Allaz, il existe une prévalence d'environ 25 à 60% de troubles de la personnalité chez les personnes consultant pour douleurs chroniques. Il y a deux hypothèses à ses chiffres, l'un serait la difficulté des personnes ayant déjà un trouble psychopathologique à s'adapter à la douleur, l'autre hypothèse serait que ces troubles de personnalité descendent directement du trouble douloureux. Par ailleurs, même s'il ne peut être défini aucune « personnalité douloureuse », certains traits de caractère tels que la

67 PRISER, C. Cours physiologie de la douleur. [En ligne]. Avril 2004. <http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php>

68 ALLAZ, A.-F. Le messager boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007.

dépendance, le sentiment d'infériorité, le déni des conflits et la répression de la colère se retrouveraient chez ce type de clients.

Dans ce cas, le rôle infirmier est d'accompagner la personne, d'entendre la douleur de la personne malgré les troubles de personnalité et de l'aider à la gérer.

#### **5.1.3.1. Douleurs et anxiété**

---

L'anxiété augmente la réactivité à la sensation de douleur. Cela serait dû à la focalisation de l'esprit sur cette douleur. Dans le cadre des douleurs chroniques, cela peut amener à augmenter la persistance des symptômes. L'anxiété peut être présente chez une personne hypocondriaque et est associée à la plainte. Elle peut aussi être la sensation d'une perte de contrôle, en effet, il est difficile de faire face à une douleur persistante et à maintenir sa qualité de vie. Lors d'accident ou d'intervention chirurgicale, l'anxiété est liée au risque de mort, elle est presque toujours présente.

Le rôle infirmier est de rassurer le patient et, dans la mesure du possible, d'essayer de focaliser l'esprit de celui-ci sur autre chose, de lui apprendre à ne pas écouter cette anxiété.

#### **5.1.3.2. Douleur et dépression**

---

Il s'agit du principal facteur psychologique associé à la douleur chronique (plus de 50% des cas, surtout chez les femmes et personnes âgées). Chez les personnes souffrant de ce type de douleur, la dépression ne se manifeste généralement pas par la tristesse, mais par l'irritabilité. Il n'est pas évident de savoir si la douleur précède la dépression ou si c'est le contraire. La dépression augmente l'intolérance du vécu de la douleur et abaisse la tolérance à la douleur. La vision pessimiste augmente les risques de chronicisation de la douleur. La dépression liée aux douleurs chroniques augmente l'invalidité de la personne.

L'infirmière doit accompagner le résident avec sa douleur, elle doit estimer si la personne risque d'attenter à ses jours et l'aider pour trouver des solutions à ses douleurs.

#### **5.1.3.3. Les troubles somatoformes et la somatisation douloureuse**

---

Il s'agit de douleur chronique sans cause organique décelable ou d'une douleur pas proportionnelle à la lésion occasionnée. Il existe plusieurs critères qui rentrent en compte lors du diagnostic de ces douleurs :

- Il existe une amplification des sensations physiques, souvent accompagnées d'une minimisation du vécu psychologique. Le patient est focalisé sur la dimension biologique de son être. Des sensations corporelles banales pour la population générale pourraient être ressenties comme douloureuses par ces patients.

- Notre société actuelle a tendance à favoriser les maladies biologiques. C'est pourquoi certaines personnes développeraient des douleurs, avec une perception réelle, mais sans cause organique. Car les pathologies psychologiques sont mal perçues dans notre culture.
- Les douleurs psychogènes auraient pour but de protéger la personne contre un conflit interne, une culpabilité, ou permettrait d'en retirer un bénéfice (éviter un conflit inconscient ou des besoins affectifs inavoués).
- Une difficulté à s'exprimer ou à laisser parler son imagination pourrait augmenter les risques de développer une douleur psychogène.

Les douleurs psychogènes sont considérées comme un mode d'expression d'un mal être de plus en plus présent dans les pays industrialisés. Il est toutefois estimé qu'il existe rarement de douleur psychogène sans cause organique, aussi mineure soit elle.

L'infirmière doit être à l'écoute du client et essayer dans la mesure du possible, de trouver avec lui les causes de sa douleur, afin qu'il puisse la nommer.

#### **5.1.3.4. Troubles factices**

---

Ils sont très rares. Il existe une production intentionnel de symptômes, motivée par le besoin psychologique de « jouer le malade ». Ces troubles impliquent souvent une psychopathologie sévère. Ex : Syndrome de Münchäusen<sup>69</sup>

Le syndrome de Münchäusen étant grave, voir mortel pour la personne, il est important que l'infirmière opère une surveillance importante du client. Elle doit éviter de laisser des objets ou produits qui pourraient être ingérés ou utilisés par le client. La prise en charge de ce client demande une grande interdisciplinarité avec une collaboration médecin-infirmière adéquate.

#### **5.1.4. Les différences dans l'expression de la douleur<sup>70</sup>**

---

L'expression de la douleur varie en fonction de la culture, de la religion et des prédispositions personnelles. Dans certains pays, les émotions sont plus exprimées, ainsi que la douleur, alors que dans d'autre le stoïcisme est de rigueur.

Au niveau religieux, la douleur a différentes significations : elle est formatrice de l'âme chez les bouddhistes. Dans la religion chrétienne, certains croyants refusent les antalgies car il pense que la douleur est rédemption et leur permettra d'aller auprès de dieu.

---

69 Le patient recherche par une symptomatique spectaculaire un acte chirurgical ou des examens douloureux, qui amènent le relâchement de la tension interne et permettent d'obtenir l'attention du corps médical idéalisé. Tiré de : ALLAZ, A-F. Le messager boiteux : Approche thérapeutique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & hygiène. Genève 2007.

70 Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 57-58

L'infirmière doit prendre ces éléments en compte afin d'apporter une offre en soins adéquate, accepter les choix de ses clients tout en leur expliquant quand même les bienfaits qui pourraient ressortir de certains traitements.

## 5.2. L'offre en soins<sup>71</sup>

---

### 5.2.1. Les rôles infirmiers<sup>72</sup>

---

La société demande aux infirmières d'assumer différents rôles. « La société a ses idées sur la façon dont elles devraient travailler, et ces opinions varient selon les collectivités et les catégories socio-économiques »<sup>73</sup>. L'infirmière doit définir les soins et rôles qu'elle accepte de tenir afin de répondre aux attentes des clients.

- Rôle de l'étrangère : Lorsqu'un client entre dans un EMS ou un service hospitalier, il ne connaît pas l'infirmière, de même que la soignante ne connaît pas le client ou résidant. Le principe pour l'infirmière est que : « le respect et l'intérêt accordés à l'étranger sont d'abord impersonnels et comprennent les mêmes politesses d'usage que l'on accorde à tout nouvel hôte, quelles que soient les circonstances. »<sup>74</sup> Donc le rôle de l'infirmière dans cette situation est d'accepter le client comme il est et de le traiter dans un contexte émotionnellement sain. Au point de vue de la société, ce qui est perçu c'est que la profession infirmière est liée à la profession médicale. Le rôle du médecin est de comprendre et d'interpréter alors que celui de l'infirmière est plutôt une tâche d'exécutante. Par ailleurs, le fait que l'infirmière intervient pendant une période de crise, peut lui permettre d'acquérir une prestation de prestige, toujours selon le même auteur. Par rapport au contexte des douleurs psychogènes, il est dit que lors d'une prise en charge harassante, une infirmière peut laisser une réflexion qui peut empêcher une relation interpersonnelle de se créer.
- Rôle de personne-ressource : L'infirmière va mettre en place des mesures de prévention et de promotion de la santé. De plus, elle est à l'écoute du client afin de lui expliquer les prises en charges et les traitements qui lui sont administrés. L'infirmière va repérer les moments propices à l'intégration de nouvelles informations et nouveaux apprentissages, cela en évaluant le degré d'autonomie du client, son état psychologique et le contexte.
- Rôle éducatif : Il s'agit de donner des informations à un client en fonction de ses besoins, de ses demandes et en partant des connaissances qu'il a déjà.

---

71 Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006

72 Tiré de : PEPLAU, H. Relations interpersonnelles en soins infirmiers. InterEditions. Paris, 1995. p. 41 à 67

73 Tiré de : PEPLAU, H. Relations interpersonnelles en soins infirmiers. InterEditions. Paris, 1995. p. 41

74 Tiré de : PEPLAU, H. Relations interpersonnelles en soins infirmiers. InterEditions. Paris, 1995. p. 42



- Leadership : Rôle d'organisation des soins et des équipes. Il s'agit aussi de créer des protocoles approuvés par l'équipe afin d'optimiser la prise en charge infirmière. Dans le cas des douleurs psychogènes, un cadre peut être mis en place afin d'obtenir une conduite homogène de tous les soignants vis-à-vis du résident.

### 5.2.2. Approches thérapeutiques<sup>75</sup>

---

Il est important de reconnaître la souffrance du patient et d'instaurer un climat de confiance entre le soignant et le soigné. L'écoute permet de créer un espace « contenant » où le patient peut déposer sa plainte sans risque d'être jugé. Cet espace relationnel doit permettre d'avancer progressivement avec le patient sans créer trop de tension ou d'angoisse en lien avec sa douleur et ses émotions. Au niveau médical, il est possible de prescrire une antalgie médicamenteuse, mais sans suivi psychologique du patient, il risque de se sentir abandonné et continuera à avoir ses douleurs. Il faut aussi que le soignant accepte le fait qu'il ne peut pas guérir le patient, et la frustration que cela engendre.

## 5.3. La communication

---

« La communication est un processus de création et de récréation d'information, d'échange de partage et de mise en commun de sentiments et d'émotions entre des personnes. »<sup>76</sup> Cette communication peut être verbale ou non-verbale (position, faciès, gestuelle, etc.). Il est important dans la relation infirmière-résident qu'il y ait l'instauration d'un climat de confiance, et que les paroles et le langage du corps aillent dans le même sens. Dans le cadre de la douleur psychogène, nous pourrions entendre les plaintes du patient, des cris ou percevoir une attitude d'isolement, des traits tirés, un faciès douloureux et des positions antalgiques. L'infirmière doit refléter dans son non-verbale de l'empathie et du soutien, et non de l'énervement, de la pitié ou du dégoût. En effet, si une infirmière a une attitude froide ou distraite, le client peut ressentir de la colère ou de la frustration car il ne se sent pas écouté. Par contre, si celle-ci est calme et attentive, la relation peut se créer et le résident ose exprimer ses besoins.

### 5.3.1. Les composantes de la communication<sup>77</sup>

---

Les composantes de la communication sont :

- Le langage verbal

---

<sup>75</sup> Modèle selon A.-F. Allaz. ALLAZ. A.-F. Le messager boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007.

<sup>76</sup> Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 21

<sup>77</sup> Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 22-23

- Un contenu cognitif
- Une composante affective

Il est important de ne pas oublier cela lors de conversation avec un résidant souffrant de douleurs psychogènes. En effet, comme cité dans le paragraphe sur les douleurs, ces maux sont souvent liés à d'autres pathologies psychiatriques. Par exemple la dépression ou les troubles de l'humeur, il est donc possible, que le patient n'analyse pas correctement les paroles de l'infirmière ou son attitude non-verbale, ce qui peut engendrer des problèmes de communication.

#### **5.3.1.1. Le jeu d'influence dans la relation avec la personne soignée**

---

« Qu'on le veuille ou non, communiquer consiste à influencer. La personne soignée en état de maladie est particulièrement vulnérable, et l'infirmière qui entre en contact avec elle l'influence par son rôle professionnel, son attitude, sa manière d'être, par la qualité de sa présence, son ton de voix, mais surtout par l'intentionnalité qui se manifeste dans ses paroles et ses gestes ».<sup>78</sup>

Je pense qu'il est important pour toute infirmière de comprendre cela. En effet, si nous travaillons avec des personnes souffrant de douleurs psychogènes, nous concevons que notre attitude et nos paroles peuvent être favorables au résidant. Si l'infirmière montre de l'intérêt au client, s'exprime de manière calme et a une attitude non-verbale adéquate, le résidant se sentira écouté, renforcé dans son estime de soi et il s'adressera à l'infirmière sur un même ton et de manière sincère. De l'autre côté, si l'infirmière n'a pas une attitude et un langage adéquats, le client pourra développer des attitudes telles que le repli sur soi, l'agressivité, l'angoisse, etc.

Donc il est important pour l'infirmière de :

- Instaurer et maintenir un climat de confiance avec le résidant, en exprimant son désir et ses facultés à l'aider, ainsi qu'agir dans l'intérêt du client. L'infirmière doit faire preuve d'authenticité et d'empathie. Elle doit prouver au client son intérêt pour lui, lui exprimer l'importance pour elle de créer avec lui une alliance thérapeutique.
- Instaurer une relation basée sur le respect de chacun et tenir compte des ressources du résidant ainsi que de son vécu. Il est important de connaître les désirs et besoin du client, par exemple si il souhaite que sa famille ait une place dans son traitement et son offre en soins ou s'il préfère gérer cela lui-même. Il est fondamentale de respecter les choix du client.

---

<sup>78</sup> Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 22

- Informer le client de la confidentialité de ses dires, si le reste de l'équipe doit être informée, en parler préalablement avec lui. Il y a une corrélation entre la douleur psychogène et le vécu du résidant. Si celui-ci souhaite parler d'un événement douloureux, il est important qu'il sache que cet élément ne sera pas répété à sa famille, à des amis ou autres résidants. L'équipe soignante traite l'information fournie afin d'améliorer l'offre en soins et ne la divulgue en aucun cas.
- Créer avec le résidant une alliance thérapeutique qui intègre ses besoins et ses peurs. Le fait de maintenir une relation de confiance avec le client pour permettre à celui-ci de se sentir écouté. Il sait que les soignants essaient de mettre des traitements ou protocoles en place afin de pallier à ses douleurs. Il est important que le client soit intégré à sa prise en charge et connaisse son offre en soins.
- Ne pas faire de promesse que l'infirmière ne pourra pas tenir et maintenir ses engagements envers le résidant. Par exemple ne pas promettre de stopper des douleurs alors qu'elle sait bien que les effets des traitements sont aléatoires ou si un entretien est planifié, respecter les heures fixées avec le client.
- Planifier des objectifs réalisables pour le résidant en tenant compte de ses limites. Ne pas oublier dans le cadre des douleurs psychogènes qu'aucun jour n'est pareil et s'adapter au client.
- Garder une attitude professionnelle (éviter le désengagement ou la domination), ceci est très important avec ce type de douleurs car il y a souvent un épuisement de l'équipe soignante ce qui peut faire penser à la personne que personne ne souhaite ou ne peut l'aider.

#### **5.3.1.2. Les attitudes soignantes qui nuisent à la communication ou la favorise**

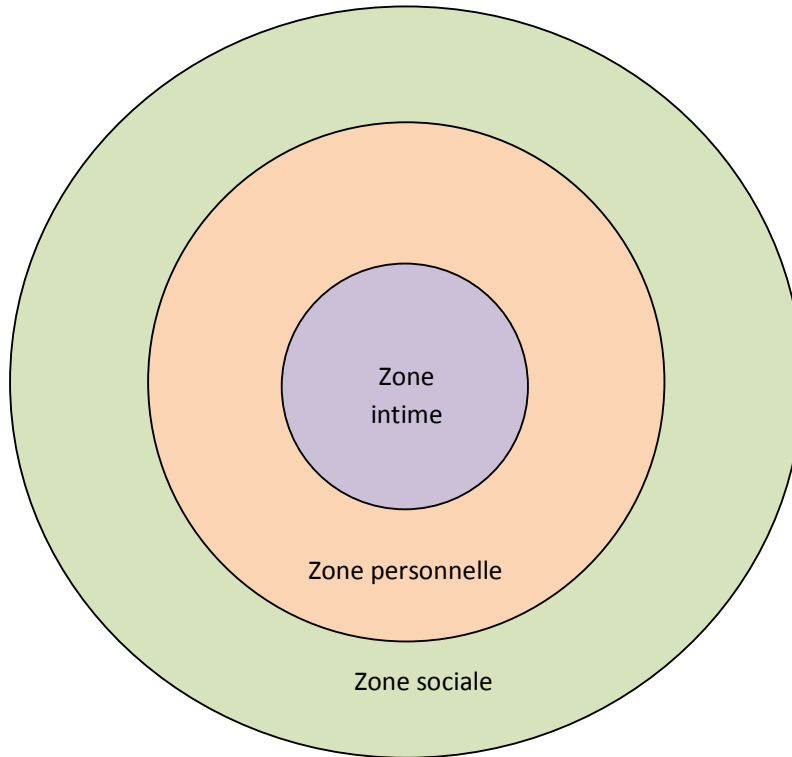
---

Il existe des comportements ou des manières d'agir des soignants qui peuvent soit nuire soit favoriser la communication. Les infirmières doivent en avoir conscience car la relation avec le résidant souffrant de douleurs psychogènes étant déjà difficile, il est important de ne pas desservir une alliance thérapeutique sur une attitude qu'elles jugent anodines. Voici quelques exemples :

- La posture ou les attitudes corporelles : Le simple fait de regarder la personne, de se mettre à sa hauteur, lui montre que nous lui portons de l'intérêt. La personne devient le centre de nos préoccupations ce qui la valorise. Attention tout de même à ne pas dévisager la personne qui pourrait se sentir embarrassée. D'un autre côté, si nous tournons le dos à la personne en lui parlant, celle-ci ne se sent pas écoutée, le fait de faire autre chose en même temps peut donner le même sentiment. Il est important que l'infirmière ait une attitude calme et montre qu'elle a du temps à consacrer au client.
- La gestuelle : Elle peut montrer un malaise chez l'infirmière, se manifestant par exemple par une torsion des doigts, des lèvres pincées, des tortillements de

cheveux, le fait de ne jamais rester immobile sur sa chaise ou de bouger les jambes sans cesse, etc. Les bras et/ou les jambes croisées peuvent être perçus comme des signes d'autorités. Les mouvements balancements ou les gestes amples peuvent agacer la personne en face. Il est important que l'infirmière ait une position adéquate face au patient, qu'elle soit ouverte à la conversation afin que celui-ci se sente à l'aise. Il est important de comprendre que si le langage non-verbal et verbal sont contradictoires, ce sera le non-verbal qui va primer.

- La distance : Il existe 3 zones : la zone intime, la zone personnelle et la zone sociale.



La zone intime est une zone pour les rapports avec des proches et des personnes de confiance, alors que la zone sociale est une zone pour des communications d'affaires ou sociales. Selon Robert E. Carlson<sup>79</sup>, les infirmières sont, lors de leur soin dans une zone se situant entre 45 cm et 1, 20 m. Ce qui me fait dire que nous ne respectons pas la zone intime du client. Celui-ci peut se sentir agressé ou gêné par cette proximité. Il est donc important de connaître ces zones et de se rappeler que le client fait preuve d'une grande confiance envers l'infirmière pour la laisser s'approcher de la sorte. Selon Margot Phaneuf, « la distance juste est difficile à définir. Il n'y a pas de règle d'or, mais la pénétration dans l'espace personnel de la personne soignée rend les interlocuteurs accessibles l'un à l'autre, permet et même facilite les échanges affectivement chargés nécessaires au soutien émotif

---

79 CARLSON, E. R. Guide de l'infirmière pour une meilleure communication. Presse de l'Université du Québec. Québec 1988.

ou à la relation d'aide lors de situations pénibles de douleur, de perte ou de fin de vie »<sup>80</sup>.

- Le contact visuel : le regard est très important lors d'une conversation. En effet, les yeux sont considérés comme le miroir de l'âme et peuvent apporter une certaine compréhension à une conversation. Il n'y a rien de plus désagréable que quelqu'un qui fuit le regard, qui regarde sans cesse ailleurs ou sa montre. La personne qui parle, peut ne pas se sentir écouté. Il est donc important, lorsque l'infirmière s'adresse à un résidant qu'elle le regarde dans les yeux. Cela peut aussi éviter, lorsqu'il y a plusieurs clients que ceux-ci ne sachent pas pour qui sont ces paroles. D'un autre côté, il y a certains moments où le fait de ne pas regarder dans les yeux peut être une preuve de respect et de délicatesse, notamment avec une personne âgée qui souffre de problème d'articulation ou de bégaiement. Il est aussi important de savoir que dans certaines cultures, notamment dans certains pays africains, le fait de regarder quelqu'un dans les yeux peut être assimilé à un manque de respect. Donc il est important d'analyser les réactions du client et de s'adapter à ses habitudes.
- Le toucher : « lors d'un entretien avec une personne, il peut s'avérer utile de lui toucher la main, le bras ou l'épaule pour lui montrer que nous sommes à son écoute et que nous partageons sa souffrance »<sup>81</sup>. Toutes les personnes ne sont pas à l'aise avec le toucher qu'il s'agisse de la soignante ou du résidant. Donc il est important que l'infirmière observe la réaction du client lorsque, par exemple, elle lui prend la main. Si au contraire, elle ne se sent pas à l'aise avec le toucher, il est mieux qu'elle l'évite car l'autre personne ressentira son malaise. Le toucher est un geste de confiance et d'ouverture et ne doit pas être utilisé dans le cas contraire.

### **5.3.2. Les spécificités de la communication avec les patients souffrant de douleurs psychogènes<sup>82</sup>**

---

La personne qui souffre de maladies chroniques, telles que les douleurs psychogènes, peuvent se sentir découragée de souffrir et de voir qu'il n'existe pas de traitement à leur pathologie. C'est pourquoi, une communication adéquate avec ce type de population peut leur amener un peu de réconfort.

---

80 Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 31

81 Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 43

82 Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 391 et 399

### **5.3.2.1. Les principales cibles de la communication avec une personne souffrant de douleurs psychogènes**

---

- La dépression : Comme vu plus haut, la douleur psychogène peut être liée à une dépression. D'un autre côté, la douleur, elle-même, peut engendrer une dépression puisqu'elle isole la personne et baisse considérablement sa qualité de vie. L'infirmière doit essayer de percevoir le mal-être du résidant atteint de douleurs psychogènes et le faire s'exprimer sur sa douleur, afin que celle-ci puisse lui apporter son soutien. L'infirmière doit reconnaître les difficultés du client et lui manifester de l'empathie. Afin de rompre avec ses idées noires, l'infirmière demande au résidant de lui parler de quelque chose de positif, elle-même doit avoir une attitude positive afin de stimuler le client. Si le résidant paraît profondément dépressif, l'infirmière doit observer et détecter les risques suicidaires.
- La colère : Les personnes souffrant de maladies chroniques, dont font partie les douleurs psychogènes, peuvent exprimer de la colère ou de l'agressivité. La douleur et l'isolement peuvent causer des frustrations et celles-ci s'expriment parfois par ce type de comportements. Comme pour la dépression, l'infirmière doit inciter le client à exprimer sa colère et chercher avec lui d'autres moyens de l'exprimer que par l'agressivité.

### **5.3.2.2. Les perceptions au sujet de la douleur**

---

Même si le diagnostic de douleurs psychogènes est posé, il est important d'investiguer sur cette douleur (description, localisation, intensité, durée, etc.), car il est possible que le patient ait un problème biologique et que les infirmières ne s'en aperçoivent pas car elles pensent que c'est psychologique.

Afin de traiter correctement une douleur, même psychogène, il faut demander au résidant la signification de la douleur pour lui. L'importance de la culture et de la religion ne doit pas être négligée et peut modifier les traitements. En effet, dans certaines religions tels que le bouddhisme les antalgiques altérant la conscience sont plutôt prohibés donc ne seront pas prescrits.

### **5.3.2.3. Les moyens non pharmacologiques d'aide au soulagement**

---

- La mobilisation de l'attention, la distraction et la fantaisie peuvent être des méthodes afin de calmer momentanément les douleurs d'un résidant. Le faire participer à des animations, avec des visites de leur famille ou des sorties peuvent être bénéfiques.

- Les massages : Ils permettent au résidant de se détendre et donc améliore l'effet des analgésiques et autres traitements médicamenteux. Il est important de voir si la personne apprécie le toucher et si ce n'est pas le cas, éviter cette méthode.

#### 5.3.2.4. *La validation*

---

La validation permet au patient de parler de sujet qui lui tient à cœur, d'établir un climat de confiance. Les propos doivent être acceptés avec empathie. La validation doit être franche et spontanée, car un client voit rapidement si vous mentez. Attention aux mots, des phrases comme « je comprends ce que vous vivez », ne doivent pas être dites à la légère, nous ne comprenons pas ce qu'il vit si nous ne connaissons pas tous les paramètres de sa vie, de plus chaque situation est vécue différemment en fonction de la personnalité de chacun. Il est préférable d'utiliser des termes comme « j'entends ce que vous me dites ».

La validation est très utile dans la relation avec une personne souffrant de douleurs psychogènes. En effet, cela permet à la personne de se sentir comprise et entendue. Elle trouve un climat de confiance où elle peut confier ses plaintes et ses peurs.

Lorsqu'il s'agit de douleur psychogène, la validation est un outil très important. En effet, cela permet au patient de se sentir entendu. Il ose exprimer son mal-être, car le fait de se sentir entendu permet de construire une relation de confiance avec l'infirmière.

#### 5.3.2.5. *Le Caring*

---

Cette théorie a pour objet fondamental l'entier de la personne. En effet, un être a des besoins bio-psycho-sociaux et spirituels. Nous ne pouvons pas seulement traiter une cause physique, nous soignons un individu complet.

Il existe plusieurs valeurs du caring telle que : le respect de sa liberté de choix, de religion, de sa perception de la maladie. Il est important que le patient connaisse ou découvre ses richesses intérieures, se connaisse, afin de pouvoir se gérer et aller vers un mieux être.

L'infirmière a un rôle d'accompagnatrice, elle crée avec le client un partenariat dans le but d'une amélioration voir d'une guérison.

Elle doit apporter un support, au niveau de la prévention, du traitement et de la protection du client dans les sphères bio-psycho-sociales et spirituelles.

### **5.3.2.6. L'empathie ou la relation d'aide**

---

D'après la définition de Rogers<sup>83</sup>, «Etre empathique implique d'entrer dans le monde des perceptions de l'autre et de s'y sentir peu à peu totalement à son aise. » Lorsque nous parlons d'empathie, il s'agit de comprendre ce que vit l'autre, sans se mettre à sa place. Il est possible qu'un soignant voulant bien faire, finisse par souffrir avec son patient. Il se laisse submerger par l'émotion, et, même si cet acte n'est pas répréhensible, il ne permet pas d'aider le patient à avancer.

A cela s'ajoute le fait de laisser de côté notre point de vue et nos valeurs, accepter l'autre sans préjugés.

L'empathie est très importante lors de la relation avec une personne souffrant de douleurs psychogènes. En effet, celle-ci peut se sentir exclue par le corps médical à cause de l'absence de cause biologique. Il est important qu'elle puisse se confier, sans avoir peur du jugement et qu'elle se sente comprise. Il faut que le soignant accepte la douleur de l'autre et qu'il accompagne le client du mieux qu'il peut.

### **5.3.2.7. Les entretiens**

---

Il s'agit d'une rencontre prévue et planifiée, souvent ponctuelle. Cela permet une prise de contact entre l'infirmière et le client, de créer un climat de confiance dans un respect mutuel. L'entretien permet aussi la collecte d'information, l'évaluation du client et de lui apporter une aide à ses problèmes.

Les entretiens peuvent se dérouler seulement avec le patient, avec le patient et sa famille, ou avec un groupe. L'infirmière peut proposer au patient des moyens susceptibles d'améliorer sa condition. Elle peut aussi l'aider à prendre des décisions difficiles.

Dans le cadre des douleurs psychogènes, l'entretien peut être utilisé soit comme un traitement en soi, qui permet à la personne de régler ses difficultés et de parler de sa douleur, soit d'un outil d'évaluation, en effet, il est possible au client et à l'infirmière de faire un bilan sur les progrès et difficultés du patient et sur les objectifs à venir.

## **5.4. Les différentes thérapies<sup>84</sup>**

---

### **5.4.1. Physiothérapie**

---

Le rôle du physiothérapeute avec le résident souffrant de douleurs psychogènes est de diminuer ses douleurs afin de reprendre les activités quotidiennes, de maintenir les acquis

---

83 ROGERS, C.R. « Empathique : une manière qui n'est pas appréciée à sa juste valeur ». The Counseling Psychologist. Vol. 3 N°2, 1975

84 OFFICE DE L'ORIENTATION. Orientation.ch. [Adresse URL] <http://www.orientation.ch/dyn/12359.aspx> (consulté le 21 juin 2009)



et l'autonomie de la personne. Il intervient sous prescription médicale et évalue les besoins du client selon ses capacités fonctionnelles. Avec ce type de douleurs, la massothérapie est couramment utilisée sous forme de massage relaxant.

#### **5.4.2.Ergothérapie**

---

L'ergothérapeute peut aider le résident souffrant de douleurs psychogènes à retrouver ou maintenir une autonomie, par exemple en lui fournissant du matériel et des moyens auxiliaires adaptés. Il va évaluer les besoins, les ressources du patient et analyser son environnement, qu'il soit architectural ou matériel. Par la suite, il va fixer avec le patient les objectifs à réaliser, participer à des activités de la vie quotidienne afin de pouvoir le conseiller, lui proposer des exercices à faire afin de maintenir son autonomie et créer ou adapter le matériel afin qu'il puisse être utilisé correctement par le résident.

#### **5.4.3.Art-thérapie**

---

« L'art-thérapeute utilise divers procédés de création artistiques (dessin, musique, modelage, théâtre, danse, arts plastiques, etc.) pour permettre aux clients de vivre ou d'exprimer (à l'aide de techniques non verbales) des émotions, des conflits, des souvenirs, des rêves, etc. »<sup>85</sup> Son rôle est d'être à l'écoute du client, notamment du résident souffrant de douleurs psychogènes. Il organise des ateliers individuels ou en groupe, permet au client de se détendre et de se relaxer, propose des thèmes et différentes techniques d'expression artistique, discute avec le client de ce qu'il a ressenti lors de l'atelier afin d'en analyser l'évolution et permet à ce dernier d'entamer une démarche de découverte de soi.

#### **5.4.4.Psychothérapie ou psychologue spécialisé en psychothérapie**

---

Son rôle est de diagnostiquer et de traiter les troubles et maladies psychiques et psychosomatiques du résident. Il s'agit d'une thérapie non-médicamenteuse, mais celle-ci peut-être accompagnée d'un traitement médicamenteux. Les thérapies peuvent être individuelles, familiales ou de groupe, et nécessitent un suivi à moyen ou long terme. Il est important de choisir un thérapeute adapté en fonction des besoins du client. Le rôle du psychothérapeute ou psychologue est d'écouter le client et de le soutenir dans son cheminement pour une meilleure adaptation. Il est important qu'il collabore avec le personnel soignant, en lui faisant part de ses constatations et en lui donnant des pistes afin d'améliorer l'offre en soins.

---

85 OFFICE DE L'ORIENTATION. Orientation.ch. [Adresse URL]  
<http://www.orientation.ch/dyn/1109.aspx?id=531&searchsubmit=true&search=art> (consulté le 21 juin 2009)

## 6. Analyse descriptive

---

Dans ce chapitre, je vais analyser et faire ressortir les informations principales exprimées par les infirmières lors de mes entretiens. J'ai interviewé huit infirmières dans deux EMS différents (les deux en Valais). Les interviews ont eu lieu dans les EMS. Dans l'un des établissements, les entretiens se sont déroulés par groupe de deux, alors que dans l'autre ce fut des entretiens individuels. Pour éviter tout biais méthodologique, je séparerai les deux EMS lors de l'analyse. Tous les entretiens ont été retranscrits afin de ne pas déformer les informations reçues par les participantes.

Je commencerai mon analyse par la description des informations obtenues lors des entretiens, puis dans un deuxième temps, je ferai le lien avec mon cadre théorique. Je terminerai par émettre des hypothèses de compréhension ainsi que mon positionnement personnel.

Après avoir relu plusieurs fois les données récoltées, j'ai pu en ressortir les éléments principaux. Je vous en expliquerai les similitudes et les différences. Les thèmes abordés lors de mon entretien sont :

1. Les caractéristiques des douleurs psychogènes et ses origines
2. La perception des douleurs psychogènes par les soignants, le client, les autres résidents et la famille
3. La prise en charge des douleurs psychogènes : traitements et thérapies proposées
4. La prise en charge interdisciplinaire

### 6.1. Les caractéristiques des douleurs psychogènes et ses origines

---

J'ai demandé aux infirmières comment elles reconnaissaient une douleur psychogène par rapport à une douleur nociceptive, les différences dans la description de la douleur. Puis, je les ai questionnées sur l'origine de ces douleurs.

Selon les infirmières des deux EMS, il n'était pas facile de distinguer une douleur psychogène par rapport à une autre douleur. Cependant, en l'absence de chute ou d'autre cause physique et si la douleur perdure dans le temps, elles peuvent distinguer qu'il s'agit de douleur psychogène.

### 6.1.1.EMS 1

---

Dans le premier EMS, une infirmière a souligné que *« si les douleurs n'étaient pas soulagées par les antalgies prescrites, il était possible de suspecter une douleur psychogène »*<sup>86</sup>.

Il ressort des entretiens qu'il est très important de ne pas exclure une cause biologique sans avoir vérifié avant. Il ressort chez 2 infirmières de chaque EMS la crainte de passer à côté d'une autre pathologie. En effet, les douleurs psychogènes pourraient selon elles faire baisser la vigilance face à des douleurs nociceptives.

Lorsque le thème de la description de la douleur a été abordée avec les infirmières du premier EMS, les quatre ont rappelé l'importance de prendre la personne dans sa globalité bio-psycho-sociale et spirituelle afin d'éviter de ne soigner uniquement la douleur, mais la personne. Elles ont aussi expliqué que *« lorsqu'un résident a des plaintes, il est important de l'interroger sur sa douleur. Les personnes souffrant de douleurs psychogènes restent généralement plus évasives sur la localisation de leur douleur et ont de la difficulté à la décrire. Par contre, l'estimation de la douleur est haute de 8 à 10 sur l'échelle EVA »*.

Une de ces infirmières explique aussi les difficultés rencontrées avec les personnes souffrant de démences. En effet, celles-ci ne peuvent pas répondre aux questions et n'arrivent pas à se servir de l'échelle EVA. Pour eux, les infirmières utilisent l'échelle Doloplus 2 qui permet d'évaluer la douleur en fonction de trois critères : somatiques, psychomoteurs et psychosociaux. Malgré tout, elle trouve très difficile de savoir si les traitements sont adéquats et elle explique que pour ces personnes la détection d'une douleur psychogène est difficilement objectivable.

Une infirmière parle de la *« récurrence de la douleur psychogène »*. En effet, *« c'est une douleur qui revient et elle est presque toujours au centre de la discussion chez le résident qui en souffre »*. Elle parle aussi *« de l'importance de les prendre au sérieux, de croire en leur douleur »*. Pour elle, *« les résidents qui souffrent de douleur psychogène ont mal, même si on ne trouve pas de maladie ou de cause de cette douleur »*. Par contre, elle témoigne aussi de l'importance de les dévier de cette douleur, *« par des activités de groupe ou des sorties, ces personnes oublient un moment leur douleur et peuvent prendre du plaisir. La douleur est un cercle vicieux car elle isole la personne qui ne pense plus qu'à ça, si l'infirmière peut dévier l'attention du résident sur autre chose, celui-ci ressentira moins de douleur et exprimera moins de plaintes »*.

Pour ce qui est du traitement, un placebo avec plus ou moins de bons effets a été introduit. Néanmoins, les infirmières soulignent que *« l'effet est différent en fonction de la personne qui administre le traitement »*, ou de la manière dont celui-ci est présenté.

Pour ce qui est de l'origine, toutes les infirmières ont souligné que *« l'histoire de vie du client pouvait être un facteur »*. En effet, plusieurs clients souffrant de douleurs

---

<sup>86</sup> Propos infirmiers recueillis pendant mes entretiens, pour la suite du document, tous les propos infirmiers seront mis en italique et entre guillemets.

psychogènes avaient des passés difficiles. Une d'elle exprime « *des problèmes lors de leur jeunesse, qui reviennent à la surface sans que la personne âgée en ait conscience. Cela peut être des douleurs ou des problèmes non réglés parus dans leur jeunesse* ». Trois infirmières évoquent des « *blessures ou maladies ignorées ou mal soignées qui se sont chronicisées. La cause physique a disparu mais la douleur reste.* »

### 6.1.2.EMS 2

---

Dans le second EMS, « *un aspect primordial est la connaissance de la personne, de ses diagnostics* ». Et avec le temps, les infirmières peuvent « *déterminer s'il s'agit d'une douleur psychogène. Des évaluations régulières de la douleur vont pouvoir donner un suivi et voir si les maux de la personne se déplacent* ». Deux infirmières parlent aussi de la difficulté de localisation d'une douleur psychogène par rapport à un autre type de douleur.

Une infirmière explique « *qu'il est difficile de juger de la douleur en fonction du faciès car la personne peut exprimer des douleurs même si l'origine est psychogène, par contre au niveau du squelette, il sera possible de discerner une douleur nociceptive d'une douleur psychogène, par exemple par un positionnement antalgique ou une difficulté à la marche* ».

Pour trois infirmières, une différence concrète entre la douleur nociceptive et psychogène est les résultats des traitements. En effet, « *la douleur nociceptive va être soulagée, le traitement peut agir un jour sur la douleur psychogène et pas le suivant, en fonction de l'état psychique de la personne* ». Elles parlent aussi de l'effet bénéfique obtenu même si il s'agit d'un traitement placebo. Pour l'une d'entre elle, « *l'importance n'est pas la substance active, mais le fait de donner quelque chose, donc de croire en sa douleur* ».

Concernant l'origine des douleurs, trois infirmières estiment que « *ce sont des résidents qui souhaitent qu'on s'occupe d'eux* ». Une explique que « *qu'au niveau physique les traitements sont adaptés* », engendrant ainsi de la part du résident des demandes autres que celles initiales se manifestant par un déplacement de la localisation des douleurs. *Pour eux, il s'agit d'une sécurité car ils se sentent entourés* » et reconnus et validés dans leurs souffrance. Deux infirmières expriment, comme dans le premier EMS, que « *le passé peut être la cause de ces douleurs* ».

### 6.1.3.Liens théoriques

---

Comme ressorti plusieurs fois lors de mes entretiens, le traitement médicamenteux des douleurs psychogènes est différent du traitement des douleurs nociceptives. Afin d'éviter toutes redondances, je ferai les liens avec la théorie dans le sous-chapitre : L'offre en soins des douleurs psychogènes : traitements et thérapies proposées.<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Sous-chapitre numéro : 6.3

Comme deuxième thème principal ressortant de mes entretiens, nous retrouvons les difficultés d'évaluation de la douleur, que ce soit avec des clients déments ou non. Selon le livre : Douleurs compétences infirmières<sup>88</sup>, « être à l'écoute de la douleur de l'autre, c'est avant tout « être en relation » avec le patient douloureux. Il s'agit d'écouter sa plainte, de l'entendre et d'y prêter suffisamment attention pour qu'une relation de confiance entre soigné et soignant puisse se construire. Au-delà de cette écoute essentielle, il va falloir objectiver cette douleur et donc procéder à son évaluation. » Comme expliqué dans le même ouvrage, il est important d'avoir quelques notions sur la douleur avant de l'évaluer :

- La douleur est un phénomène subjectif. Il s'agit d'une expérience personnelle, vécue différemment par chaque personne. Comme vu dans le cadre théorique, certains aspects culturels peuvent modifier cette perception. Toutefois, il est important de croire en la douleur du client.
- La douleur est liée aux émotions. Il ne faut jamais oublier les influences psychologiques de la douleur. Par exemple, si vous estimez la douleur d'un résident souffrant de douleur psychogène, après que celui-ci se soit disputé avec un parent, celle-ci risque d'être plus élevée qu'à son habitude. Par contre, si vous évaluez la douleur de ce même résident lors d'une animation qu'il apprécie, celle-ci aura tendance à diminuer.
- Lors de l'évaluation d'une douleur psychogène, il est important de se rappeler qu'aucun lien ne peut être fait entre l'intensité de la douleur et les lésions tissulaires. En effet, les douleurs psychogènes sont souvent élevées en absence de lésions tissulaires. Malgré tout, la douleur est présente et doit être traitée, car elle abaisse la qualité de vie du résident.
- Douleur et souffrance : « La souffrance est un concept non médical, qui fait appel à des dimensions sociales, physiques, psychologiques et spirituelles »<sup>89</sup>. Il s'agit d'un sentiment de perte, celle-ci influe aussi sur la perception douloureuse.

Sur les deux EMS interrogés, l'outil d'évaluation principal est la réglette EVA. Celle-ci sert à évaluer la sensation douloureuse et son intensité. Elle est intéressante pour les ajustements de traitement lors de douleur nociceptive car elle répond seulement à la question : Combien ? Pour ce qui est des douleurs psychogènes, la question fondamentale est : Pourquoi ? Donc dans cette évaluation, l'infirmière ne prend pas en compte les composantes émotionnelles<sup>90</sup>, comportementales<sup>91</sup> et cognitives<sup>92</sup> de cette

---

88 AVET, F. AVET, S. & co. Douleurs compétences et rôle infirmiers. Editions Med-Line. Paris, 2006, p. 43-44-45

89 AVET, F. AVET, S. & co. Douleurs compétences et rôle infirmiers. Editions Med-Line. Paris, 2006, p. 45

90 « Confère à la douleur sa tonalité désagréable, pénible voir insupportable. Peut prolonger vers des états émotionnels plus importants : anxiété ou dépression. » Tiré de : AVET, F. AVET, S. & co. Douleurs compétences et rôle infirmiers. Editions Med-Line. Paris, 2006, p. 47

91 Manifestations verbales ou non-verbales : ex : plainte, faciès douloureux, position antalgique, gémissements, etc.

douleur. Le second outil, l'échelle Doloplus 2 est utilisée pour les personnes démentes ou incapables de répondre à l'échelle EVA. Elle prend en compte les composantes comportementales, cognitives et émotionnelles, par contre, l'infirmière qui l'a remplie ne peut qu'estimer la douleur du client, il est donc difficile de savoir si l'évaluation est correcte ou non. De plus, cette échelle, comme l'EVA, n'est pas destinée aux douleurs psychogènes, il s'agit encore une fois d'une échelle d'évaluation de la douleur physique. Je tiens tout de même à préciser, qu'il n'existe à ma connaissance, aucune échelle validée par la communauté scientifique, afin d'évaluer les douleurs psychogènes. Comme souligné dans mon cadre théorique, il est difficile d'avoir un outil unique alors que la douleur est multiple et personnelle à chacun.

Pour ce qui est de dévier le sujet de conversation afin que la personne pense à autre chose qu'à ses douleurs, nous pouvons constater qu'il s'agit d'un moyen non pharmacologique d'aide au soulagement selon Margot Phaneuf<sup>93</sup>. Comme expliqué dans le cadre théorique, la distraction et la mobilisation de l'attention peuvent être des méthodes qui calment momentanément les douleurs du résident.

Pour finir, l'origine des douleurs est quelque chose de très personnel. Toutes les infirmières ont émis l'hypothèse qu'il s'agissait d'une douleur passée ou d'un vécu douloureux qui se manifeste sous cette forme. Il existe diverses hypothèses théoriques sur l'origine de ce trouble, Anne-Françoise Allaz en cite quelques-uns dans le livre : Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques<sup>94</sup>.<sup>95</sup>

- Une douleur chronique perd son origine biologique avec le temps et se transforme en douleur psychosociale, comportementale ou relationnelle.
- Les douleurs psychogènes peuvent être liées à des troubles psychiques, tels que les troubles de la personnalité, l'anxiété, la dépression, les troubles factices, les différences dans l'expression des douleurs, etc.<sup>96</sup>
- Le même auteur explique que la cause des douleurs psychogènes peut être une somatisation douloureuse. Par exemple, elle cite « que les douleurs psychogènes sont considérées comme un mode d'expression d'un mal être ». Elle parle aussi d'un conflit interne, une culpabilité, d'une maladie psychologique non-avouable car mal-vue par la société et somatisée de manière physique. Cela corrobore les hypothèses émises par les infirmières sur le vécu qui peut devenir la cause d'une douleur psychogène. Il est aussi cité que ce type de douleur peut apparaître afin d'en retirer un bénéfice, ce qui valide aussi les dires des infirmières qui parlent d'un besoin d'attention de la personne.

---

92 « Ensemble des processus mentaux capables d'influencer la perception de la douleur et des comportements qu'elle induit. de : AVET, F. AVET, S. & co. Douleurs compétences et rôle infirmiers. Editions Med-Line. Paris, 2006, p. 47

93 PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006

94 ALLAZ, A.-F. Le messenger boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007.

95 Cf : Cadre théorique, sous-chapitre : Définition de la douleur

96 Ces thèmes ont été développés dans mon cadre théorique.

- « Des antécédents de maltraitements semblent avoir une prévalence élevée chez les patients se plaignant de douleurs chroniques puisqu'ils concerneraient au moins un tiers des patients. »<sup>97</sup>

## 6.2. La perception des douleurs psychogènes par les soignants, le client, les autres résidents et la famille

---

J'ai commencé par demander aux infirmières, ce qu'elles ressentaient face aux douleurs psychogènes, ainsi que le reste de l'équipe soignante. Puis, comment elles percevaient le vécu du patient qui en souffre, et comment les autres résidents qui entendent les plaintes réagissent. Pour finir, je leur ai demandé qu'elle était le contact avec la famille et comment celle-ci vivait les douleurs de leur parent.

Par ces questions, j'essaie de cerner l'environnement social autour de la personne souffrant de douleurs psychogènes, ainsi que le vécu de chaque acteur qui influe dans leur vie.

### 6.2.1.EMS 1

---

Pour ce qui est de la perception de la douleur par l'infirmière et l'équipe soignante, il ressort la difficulté de l'équipe à ne pas tomber dans une routine. C'est-à-dire, qu'il y a un risque de passer à côté d'une douleur nociceptive qui serait cachée par la douleur psychogène.

Trois infirmières parlent aussi de l'épuisement des équipes face à ce type de client. « *En effet, les plaintes répétées peuvent décourager les équipes qui n'arrivent pas à calmer la douleur et qui risquent d'avoir envie de fuir ce client* ». Il est souligné l'importance « *d'en parler au sein de l'équipe, d'exprimer son épuisement et de pouvoir déléguer en cas de besoin. Dans cet EMS, L'infirmier chef et l'équipe soignante organisent des colloques, parfois supervisés par une psychiatre. Celle-ci donne des pistes aux équipes quant à la prise en charge et valide aussi ce qu'elles font afin de valoriser leur travail* ». Toutes les infirmières ont expliqué que « *la prise en charge de ce type de résident est très lourde et peu valorisante* ». Une infirmière dit aussi que « *la douleur n'est parfois pas prise au sérieux, par tous les soignants peu importe leurs diplômes et formations* ».

Pour la perception du résident, les infirmières expliquent « *qu'il est rare que la personne ait conscience qu'il s'agit d'une douleur ayant pour cause le psychique. La plupart du temps, elle ne connaît pas son diagnostic* ». Les infirmières n'en parlent pas avec eux « *car ils risquent de s'énerver, se sentant « catalogués »* ». Ils pensent que le fait d'avoir des douleurs psychogènes, veut dire qu'ils sont fous<sup>98</sup>. Souvent, ils souffrent tellement qu'ils espèrent la découverte d'une maladie ou d'une blessure. Ils sentent aussi que

---

97 ALLAZ. A.-F. Le messager boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007. p. 36

98 Selon les infirmières interrogées lors de mes entretiens

*certaines soignants ne croient pas en leur douleur, ce qui leur amène des souffrances supplémentaires. De plus, le fait que leur douleur persiste et qu'elle soit très difficile à gérer les amène à penser<sup>99</sup>, que la médecine ne peut rien pour eux et les soignants se préoccupe peu d'eux »<sup>100</sup>.*

En ce qui concerne les autres résidants, les infirmières détectent deux façons de réagir face aux douleurs psychogènes. « *La première est de se plaindre du résidant ou de l'ignorer. Parmi les pensionnaires certains affirment qu'ils devraient : » « arrêter de se plaindre et accepter leur sort, que c'est normal de souffrir un peu. Ils sont fatigués d'entendre toujours la même chose. Pour d'autres, ils ne comprennent pas que les infirmières ne fassent rien pour soulager le résidants et viennent même les prévenir que la personne souffre. Parfois, ils disent aussi aux familles, quand elles arrivent, que leur parent a eu des plaintes toutes la journée et que les infirmières n'arrivent pas à le calmer ».* Les infirmières expliquent « *qu'il s'agit d'une situation difficile car les autres résidants ont de la peine à comprendre qu'il s'agit d'une douleur difficile à traiter et que la cause est psychique ».* Pour ce qui est dit à la famille par les autres résidants, « *celle-ci réagira en fonction de sa compréhension. En effet, si elle comprend ce qu'est une douleur psychogène elle ne va pas écouter le résidant ou défendre les soignants, par contre s'il y a un conflit avec l'équipe soignante, cela risque d'envenimer les choses ».* Je constate ici que la prise en charge au quotidien lance des défis aux soignants lorsqu'il s'agit d'accompagner le résidant et sa famille.

*« Pour ce qui est de la relation famille-résidant cela dépend. En effet, certaines familles sont très présentes et encadrent le résidant pour essayer de lui faire oublier ses douleurs. Elles forment une alliance avec les soignants, viennent leur dire comment elles perçoivent leur parent et prennent une part active dans la prise en charge. D'autres familles se fatiguent des plaintes répétées de leur parent et le visitent très occasionnellement voire pas du tout. Parfois elles considèrent qu'il s'agit d'une comédie et cela cause des conflits avec leur parent qui ne se sent pas écouté. Le troisième type de famille est celle qui ne comprend pas le diagnostic ou qui culpabilise d'avoir placé leur parent. Celle-ci écoute les plaintes multiples de leur parent et reproche aux soignants de ne rien faire. Cela amène à des conflits et l'équipe soignante a souvent de la difficulté à gérer cela ».*

### 6.2.2.EMS 2

---

Les infirmières du deuxième EMS parlent elles-aussi de « *la difficulté de prise en charge d'un client souffrant de douleur psychogène ainsi que du risque de passer à coté d'un autre problème. Certains soignants évitent la personne car ils sont épuisés de cette prise en charge. La relation avec le soignant est souvent conflictuelle ».* Les infirmières trouvent que la relation est plus facile si chaque jour, un espace parole est organisé avec le résidant. De plus, la personne peut avoir plus d'affinité avec certains soignants. Celui-ci peut exprimer sa douleur et ses plaintes et se sent plus détendu après cela.

---

99 Selon les infirmières interrogées lors de mes entretiens

100 Selon les infirmières interrogées lors de mes entretiens



Pour les résidants qui en souffrent, les infirmières admettent « *qu'ils vivent mal avec leurs douleurs, qu'ils ne se sentent pas écoutés, que pour eux le médecin devrait passer toutes les semaines voir plus pour les calmer et trouver ce qu'ils ont.* »

« *Pour les autres résidants, certains sont compréhensifs, essaient d'aider la personne, de lui parler. D'autres sont agacés, disent que c'est toujours les mêmes plaintes.* ». J'ai demandé aux infirmières si, selon elles, le résidant qui souffre de ce type de douleur est isolé par les autres. Elles m'ont répondu que « *c'est plutôt le résidant qui s'exclut tout seul et qui cherche à s'éloigner des gens, pas l'inverse.* ».

« *Les familles savent que tout est mis en œuvre pour aider leur parent. Par contre il y a facilement des conflits avec leur parent à cause des plaintes répétées. Avec les soignants, la relation est plutôt bonne. Les familles essaient de soutenir les soignants et essaient de tenir le même discours.* ».

### 6.2.3. Liens théoriques

---

#### 6.2.3.1. Perception des soignants face à la douleur psychogène

---

Il est intéressant de voir que des constations similaires ressortent chez les infirmières des deux EMS interrogés. Par exemple, sept infirmières me parlent de la peur de passer à côté d'autre chose, de ne pas voir une autre pathologie. J'ai développé dans le point 6.1.3 que la douleur psychogène est difficile à évaluer faute d'outils adéquats. Je pense que pour la même raison, il se peut, que certaines douleurs nociceptives ou pathologies peuvent être masquées par la douleur psychogène. Il est donc compréhensible que cette peur apparaisse chez les soignants.

Un autre élément important qui ressort est l'épuisement<sup>101</sup> des équipes soignantes face à ce type de douleurs. Selon l'ouvrage : « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants<sup>102</sup> », il existe des signes cliniques non spécifiques tels que la fatigue, la lassitude, des troubles du sommeil, des troubles digestifs, chez les femmes des troubles alimentaires. Sur le plan du comportement, il peut avoir de l'irritabilité fréquente, une sensibilité accrue aux frustrations, une labilité émotionnelle<sup>103</sup> et des conduites à risque. La prise de médicaments et/ou d'alcool n'est pas exclue. Ce syndrome peut entraîner des troubles psychiatriques tels que des dépressions, des troubles anxieux, une somatisation. Tous ces signes s'associent à un taux d'absentéisme élevé dans les équipes. Il est aussi cité que ce trouble peut engendrer une déshumanisation de la relation avec l'autre, cela peut expliquer les dires des infirmières selon lesquels certains soignants éviteraient la

---

101 Définition selon Herbert J. Freudenberger dans le dictionnaire Webster : « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué. » tiré de CANOÛI, P. & MAURANGES A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. MASSON. Paris, 2001. p. 8.

102 CANOÛI, P. & MAURANGES A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. MASSON. Paris, 2001, p.9- 27.

103 Tendance à passer du rire aux larmes

prise en charge de résidents souffrant de douleurs psychogènes, ainsi que les difficultés de rentrer en relation avec ceux-ci.

### **6.2.3.2. Le résident face à ses douleurs psychogènes**

---

Selon les infirmières interrogées, les résidents souffrant de douleurs psychogènes n'ont pas conscience du fait que la cause n'est pas physique. Il est rare que le médecin leur explique leur diagnostic. Pourtant selon la brochure du droit aux patients pour les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud, il est dit que : « le patient<sup>104</sup> a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et les traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement<sup>105</sup> ». L'information peut être absente dans deux cas seulement :

- Si le patient renonce à connaître son diagnostic, par exemple lors d'une maladie incurable<sup>106</sup>.
- Lors d'urgence vitale, l'information est différée jusqu'à ce que le patient soit stable.

Plusieurs infirmières ont exprimé le fait que les résidents espèrent que les médecins trouvent une cause physique à leur douleur, une explication. L'ouvrage « Douleur somatoforme<sup>107</sup> » corrobore cela en expliquant l'importance de la relation médecin-soigné. En effet, s'il y a une perte de confiance entre ces acteurs, la personne souffrant de ce type de douleur peut se sentir trahi et peut rompre l'alliance thérapeutique. Cela amène à du tourisme médical, le patient consulte des médecins généralistes et spécialistes dans le but de trouver la cause de ses douleurs et de pouvoir être soigné. Ces nombreuses consultations peuvent aussi léser la relation du client avec les assurances sociales, celles-ci pouvant refuser de payer. Le client se retrouve isolé et ses douleurs persistent.

### **6.2.3.3. Les autres résidents face aux douleurs psychogènes**

---

Selon les infirmières, il y a deux façons de réagir chez les autres résidents :

- Ceux qui défendent le résident souffrant de douleurs psychogènes et qui ne comprennent pas pourquoi les infirmières ne font rien.
- Ceux qui sont fatigués d'entendre toujours les mêmes plaintes.

Pour la première façon de réagir, je pense qu'il est normal que certains résidents se demandent pourquoi les infirmières laissent souffrir cette personne. En effet, comme expliqué par les infirmières des deux EMS, les traitements ne sont pas toujours efficaces,

---

104 J'utilise le terme : patient afin de garder la même dénomination que celle présente dans la loi.

105 Tiré de : ETAT DE VAUD. Les droits des patients. [En ligne] [http://www.sanimedia.ch/content/droits\\_des\\_patients/ddp\\_information.htm](http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_information.htm) Consulté le 25 juin 2009.

106 Cela ne veut dire en aucune manière qu'il refuse les soins.

107 FAUCHERE, P.-A. Douleur somatoforme. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg 2007. p. 202

ce qui fait de la douleur psychogène un mal difficile à traiter. Je pense qu'il est important que les infirmières rassurent les autres résidants en leur expliquant qu'elles font de leur mieux pour calmer les douleurs au sein de l'établissement, mais que parfois cela est difficile. Cela permet aux résidants de mieux accepter les plaintes de leur collègue.

Pour ceux qui sont fatigués d'entendre toujours les mêmes plaintes, je pense qu'il s'agit du même problème que connaissent les infirmières dans le syndrome d'épuisement professionnel. En effet, les autres résidants font de leur mieux pour écouter la personne souffrant de douleur, pour la rassurer et la calmer, mais ce sont toujours les mêmes plaintes qui ressortent et à force, les autres résidants risquent d'être épuisés et se sentir inutiles. A ce moment-là, ils rompent la relation avec le résidant souffrant de douleur psychogène afin de se protéger.

#### **6.2.3.4. Les familles face aux douleurs psychogènes de leurs proches**

---

Les infirmières ont exprimé que la situation se passait généralement bien avec les familles. Les proches du résidant souffrant de douleurs psychogènes voient ce qui est mis en place pour leur parent et travaille avec l'équipe soignante.

Selon l'ouvrage « La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers »<sup>108</sup>, il est important que l'infirmière englobe la famille dans la prise en charge de leur parent, leur explique ce qui est fait et les tienne informé de l'évolution des douleurs. La soignante doit aussi permettre à l'entourage de s'exprimer sur ces douleurs, comprendre ce qu'ils vivent et comment ils gèrent ce vécu au quotidien. Elle doit être disponible pour les informations complémentaires que les proches souhaiteraient recevoir et faire preuve de transparence. Cela permet de créer une alliance thérapeutique avec la famille, dans le cas contraire, si la famille se sent exclue de la prise en charge ou ne comprend pas le diagnostic, il peut avoir des tensions qui se créent avec l'équipe soignante.

#### **6.3. L'offre en soins des douleurs psychogènes : traitements et thérapies proposées**

---

J'ai demandé aux infirmières quelles sont les thérapies proposées dans l'établissement et qu'est-ce qui devrait selon elles être mis en place. Puis je les ai questionnées sur l'efficacité, selon elles, des différentes thérapies et si elles trouvaient l'offre en soins adéquate.

---

108 DUHAMEL, F. La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers. Gaëtan Morin Editeur, Montreal, 1995 p. 252

### 6.3.1.EMS 1

---

#### 6.3.1.1. Traitements médicamenteux

---

« Certains résidants avaient des placebos, actuellement ce n'est plus le cas dans cet établissement. Il n'est pas rare pour ce genre de douleur que des médicaments de palier 3 de l'OMS, type morphine<sup>109</sup>, soit mis en place. Celle-ci permet un effet relaxant, elle peut être administrée sous forme de patch, de gouttes ou d'injection. Actuellement, certains résidants qui souffrent de douleurs psychogènes sont sous antidouleurs, par exemple du Dafalgan®<sup>110</sup>, associé à d'autre type de traitement comme des benzodiazépines. Certains clients arrivent à percevoir leur angoisse monter et demandent des réserves par exemple du Temesta® »<sup>111</sup>.

#### 6.3.1.2. Thérapie non-médicamenteuse et techniques de communication

---

« Certaines résidentes participent aux animations, notamment la peinture sur soie. L'animatrice essaie d'être présente pour elles et cela les valorisent. Les infirmières remarquent qu' il y a beaucoup moins de plaintes lorsqu'elles sont à l'animation. Les résidentes sont plus détendues et parlent d'autre chose que de leur douleur. »

Une autre infirmière parle de la gymnastique douce donnée dans l'établissement. Elle trouvait que « les personnes changeaient beaucoup, elles arrivaient avec leurs douleurs, pendant la gymnastique il n'y avait aucune plainte, et lorsqu'elles repartaient pour leur chambre, ça recommençait ».

Une infirmière parle aussi de la mise en valeur quotidienne qui apporte un bénéfice à ces personnes. « Le seul fait de les coiffer, de les aider à se maquiller et à se faire belles renforce leur estime de soi et elles sont beaucoup moins plaintives. Le toucher est aussi très important, des massages relaxants peuvent détendre la cliente et lui procurer du bien-être. Cela peut aussi renforcer la relation soignant-résident. »

« Un cadre a été mis en place, ce qui permet aux soignants d'adopter les mêmes comportements avec le résident, cela permet de faciliter la prise en charge et de permettre au client de connaître les limites et les règles à respecter, ainsi que l'offre en soins mise en place ». Plusieurs infirmières ont souligné « la grande sensibilité des personnes souffrant de douleurs psychogènes, et de l'importance de ne pas être négatif

---

109 Douleurs aiguës et prolongées moyennement fortes à fortes et en cas d'efficacité insuffisante des analgésiques non-opioïdes et/ou des opioïdes faibles. Compendium Suisse des médicaments. Morphine. <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consulté le 15 mai 2009)

110 Traitement contre les douleurs d'une intensité faible à moyenne, principe actif : paracétamol. Compendium Suisse des médicaments. Dafalgan. <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consulté le 15 mai 2009)

111 Temesta contient comme principe actif du lorazépam, une benzodiazépine qui possède des propriétés anxiolytiques et tranquillisantes. Compendium Suisse des médicaments. Temesta expidet. <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=pi> (consulté le 15 mai 2009)

*dans les attitudes du soignant. Si l'infirmière ne se sent pas prête à la prise en charge ou est fatiguée, mieux vaut déléguer ».*

Toutes les infirmières ont souligné *« l'importance de prendre son temps avec la personne surtout lorsqu'elle se plaint de douleurs. En effet, le fait de s'asseoir avec elle, de valider sa douleur et de poser des questions sur celle-ci, permet au résident de se faire entendre. »* Au contraire, si l'infirmière ou le soignant lui dit, ne vous inquiétez pas ça va passer, sans même le regarder, *« celui-ci va se sentir dénigré et cela va nuire à la relation. »*

Certaines personnes sont suivies par un psychogériatre. Ils sont accompagnés par une infirmière à leur séance en ville et celle-ci peut prendre part à la thérapie avec l'accord du résident. *« Le psycho-gériatre peut aussi donner des pistes quant à la prise en charge et aux attitudes à adopter par les soignants ».*

Lorsque j'ai demandé aux infirmières si elles étaient satisfaites de l'offre en soins fournie pour ces personnes, trois ont répondu oui et une, même si elle juge la prise en charge satisfaisante, émet l'hypothèse que d'autres thérapies et d'autres accompagnements pourraient être mis en place, peut-être avec d'autres budgets.

### **6.3.2.EMS 2**

---

#### **6.3.2.1. Traitements médicamenteux**

---

*« La première étape a été d'éliminer toutes causes physiques, nous leur avons fait consulter divers spécialistes. Des médicaments de palier 1-2 et 3 de l'OMS ont été mis en place. Cependant, chez certains résidents certains médicaments de palier 1 étaient plus efficaces que certains du palier 2 ou 3. C'est ainsi que chez certains résidents, des placebos ont été introduits selon un ordre médical. Il a été remarqué que leur effet était le même que celui d'un autre médicament ».* Donc lorsque les infirmières évaluent qu'il s'agit de douleurs psychogènes, elles peuvent donner un placebo. *« Chez certains résidents, il y avait même des placebos sous cutanés (injection de NaCl 0.9 %) par exemple une fois par semaine, avec un très bon effet ».* Cependant cette voie d'admission n'était plus utilisée lors de mes entretiens.

#### **6.3.2.2. Thérapie non-médicamenteuse et techniques de communication**

---

Les infirmières prennent le cas d'une résidente souffrant de douleurs psychogènes. *« Celle-ci avait des rendez-vous chez un psychiatre une fois par semaine. Cependant, après quelques séances, la cliente refusa d'y aller, en disant que de toute façon elle avait été voir plusieurs médecins et qu'il n'y avait jamais de résultat. Donc cette thérapie a été arrêtée. »*

*« Des espaces paroles quotidiens avec les infirmières ont été mis en place. Ceux-ci fonctionnent très bien avec cette résidente. Elle se sent écoutée, peut s'exprimer sur sa douleur, et est habituellement beaucoup moins algique après ces séances. »*

Chez cette résidente, les infirmières ont essayé de détourner son attention afin qu'elle oublie un instant ses douleurs. *« Malheureusement, cette technique fonctionne sur un laps de temps court, et après, la résidente reproche aux soignantes de changer de sujet, de ne pas vouloir entendre sa douleur. Donc cette technique reste peu efficace avec elle. »*

Un problème souligné par les infirmières de cet établissement est que *« les résidents souffrant de douleurs psychogènes qu'ils connaissent, ne font rien pour améliorer leur état. Par exemple, il faut beaucoup les stimuler pour qu'ils prennent part aux thérapies, et il est difficile d'avoir un suivi régulier avec eux car selon leur humeur et leur douleur, ils refuseront même d'y aller. »*

Certains de leur résidents avec des problèmes de douleurs psychogènes participent aux animations de l'EMS. Par contre, comme expliquer dans le paragraphe précédent, selon leur humeur, cela se passera bien ou non et elles participeront ou non.

*« Il y a une Art thérapeute dans l'établissement, elle suit aussi certains résidents avec ce type de douleurs. Cela se passe relativement bien. Il y a aussi de la luminothérapie et des massages », certaines infirmières trouvaient que « la thérapie par la lumière était peu efficace sur ces résidents, par contre les massages étaient très bien perçus et fonctionnaient bien. »*

Au niveau de la prise en charge soignante, *« un cadre a été posé afin d'adopter une conduite uniforme. Cela évite que le résident ait trop de demandes et de plaintes. Le pensionnaire connaît son cadre, ses horaires, etc. Par exemple, il y figure les horaires de lever et de coucher »*. Pour une résidente citée, *« il y a aussi le fait qu'elle ne peut pas aller en chambre sans accompagnants, car c'est lorsqu'elle est seule qu'elle chute. Dans ce cas, la résidente accepte bien son cadre, le connaît et sait les limites à ne pas franchir. »*

Les infirmières interrogées trouvent la prise en charge des douleurs psychogènes adéquates, *« les résidents connaissent l'offre en soins et ne débordent pas trop du cadre »*. Au niveau de l'offre en soins et de la prise en charge, les soignantes disent *« ne pas avoir de difficultés particulières avec ce type de résident. Cependant, le fait qu'il s'agisse toujours des mêmes plaintes est quand même fatigant. De plus, il n'y a jamais de propos positifs chez ces résidents »*, témoignages issus de trois entretiens.

Pour ceux qui ont des attitudes qui bloquent complètement la prise en charge, les infirmières expriment toutes le fait de ne pas confronter le résident. Par exemple, *« si le soignant dit au résident qu'il a tort, qu'il n'a pas mal, que c'est dans sa tête, il va casser la relation de confiance établie et détruire l'alliance thérapeutique. Il est donc important d'écouter le client et de croire en sa douleur »*.

### 6.3.3. Liens théoriques

---

#### 6.3.3.1. Les traitements médicamenteux

---

Comme ressorti plusieurs fois lors de mes entretiens, le traitement médicamenteux des douleurs psychogènes est différent du traitement des douleurs nociceptives. Les résultats obtenus sont aléatoires et les médecins peuvent avoir recourt à l'utilisation de placebo. Selon Pierre-André Fauchère<sup>112</sup>, « les patients se voient généralement prescrire des médicaments. Le choix des substances se fait le plus souvent de façon empirique, puisque dans ce cas précis, la médecine n'a pas vraiment des arbres décisionnels fondés sur des preuves. » Selon le même auteur, le principal traitement des douleurs psychogènes est l'antidépresseur et la substance active de référence est l'amitriptyline<sup>113</sup>.

#### 6.3.3.2. Les traitements non-médicamenteux

---

Qu'il s'agisse d'animations, de massages ou de sorties, le but est de dévier l'attention du résidant sur autre chose que ses douleurs. Comme vu dans le cadre théorique sous le point 5.3.2.3, La mobilisation de l'attention, la distraction et la fantaisie peuvent être des méthodes afin de calmer momentanément les douleurs d'un résidant. Le faire participer à des animations, avec des visites de leur famille ou des sorties peuvent être bénéfiques. Il est considéré que des moyens non-pharmacologiques adéquats peuvent améliorer les effets d'un traitement médicamenteux<sup>114</sup>.

Les espaces paroles proposés aux résidents répondent aux entretiens conseillés par M. Margot Phaneuf dans le livre « Communication, entretien, relation d'aide et validation »<sup>115</sup>. Il est important que ces entretiens soient planifiés selon les besoins du résidant et que l'infirmière qui y participe respecte les critères vu dans le cadre théorique<sup>116</sup>, dans ses attitudes verbales et non-verbales.

Plusieurs infirmières ont souligné que certains résidents sont ou étaient suivis par des psychogérites ou des psychiatres. Leur rôle est de créer un lien de confiance avec le résidant, de l'écouter et de chercher avec lui des solutions à ses douleurs. Ils vont pouvoir aussi donner des conseils aux infirmières quant à la prise en charge du résidant. Cela peut permettre aux équipes de mieux appréhender l'offre en soins pour la personne

---

112 FAUCHERE, P.-A. Douleur somatoforme. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg 2007, p. 207-208

113 Base de médicaments tricycliques tels que le saroten retard® : utilisé lors de : « dépressions endogènes, dépressions séniles, dépressions réactives, dépressions névrotiques, symptômes dépressifs lors de psychoses appartenant au groupe des réactions schizophréniques (en association avec un neuroleptique) ainsi que variations de l'humeur lors d'affections somatiques. Saroten Retard peut être également utilisé chez certains patients souffrant de douleurs chroniques qui se sont révélées résistantes aux traitements prophylactiques habituels. » COMPENDIUM. Saroten Retard. [En ligne] <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> consulté le 27 juin 2009

114 Tiré de : PHANEUF, M. Communication, entretien, relation d'aide et validation. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006 p. 391 et 399

115 Cf Note de bas de page 104

116 Cf : point 5.3 : La communication



souffrant de douleurs psychogènes et de se sentir plus valorisées dans leur travail, cela aurait aussi comme effet de diminuer les risques de syndrome d'épuisement professionnel.

#### 6.4. La prise en charge interdisciplinaire

---

J'ai demandé aux infirmières quelle relation professionnelle elles entretenaient avec les médecins spécialistes et généralistes. Je souhaitais connaître l'influence qu'elles peuvent avoir sur le traitement et l'évaluation de la personne souffrant de douleurs psychogènes.

##### 6.4.1.EMS 1

---

Une infirmière m'explique qu'avant *« il y avait des colloques organisés avec un psychiatre lors de prise en charge difficile »*. Il y a eu différents intervenants, mais elle avait trouvé que la relation avec eux s'était bien passée, et qu'ils leur avaient donné de bonnes pistes quant à la communication avec les personnes souffrant de douleurs psychogènes.

Pour ce qui est des médecins généralistes qui viennent pour des visites dans l'établissement, une infirmière me dit qu'elle trouve les résidents mal-entourés : *« J'estime qu'un médecin qui passe dans le service doit passer voir son patient. Les médecins ont tendance à parler seulement aux infirmières. Puisque la visite est facturée, au moins que le patient se sente écouté et voie le médecin, au moins pour lui serrer la main, sinon il ne comprend pas pourquoi il paie. »*

Les autres infirmières considèrent que leur relation avec les médecins est bonne. *« Ils les écoutent et modifient au besoin les traitements »*. Une infirmière admet quand même que *« certains médecins sont plus réceptifs que d'autres aux douleurs psychogènes et à l'évaluation infirmière de la douleur. »*

##### 6.4.2.EMS 2

---

Les infirmières m'expliquent que leur relation avec les différents médecins traitants se passent bien. *« Ceux-ci savent que les infirmières sont auprès des résidents une grande partie de leur temps et donc sont à-même de juger si les traitements sont efficaces ou non »*. Elles considèrent les traitements actuels adéquats. *« Lorsqu'un résident est moins bien, le médecin se déplace rapidement »*.

Pour ce qui est des autres professionnels de soins, elles trouvent leur relation avec l'art thérapeute excellente. *« Les informations circulent correctement, de même avec l'animation. »*

Le contact qu'elles ont eu avec la psychiatre lors des séances antérieures étaient elles aussi intéressantes : *« nous avons des feed-back des séances et la spécialiste nous donnait des pistes pour mieux appréhender la relation avec ce type de client »*.



### 6.4.3. Liens théoriques

---

Lors de la prise en charge d'un résident souffrant de douleurs psychogènes, différents acteurs sont appelés à travailler avec celui-ci. Les infirmières jouent un rôle de coordinatrices dans la prise en charge interdisciplinaire. Elle évalue les traitements et en parle aux médecins, elles mettent en place des cadres avec l'aide des psychothérapeutes ou psychiatres, elles planifient des animations pour permettre une meilleure expression de ses sentiments à la personne âgée. Chaque différent corps de métier qui entre en contact avec le résident, possède son champ d'action. Ils évaluent les besoins de client et mettent en place des traitements ou programmes d'aide. En EMS, les responsabilités des infirmières sont plus grandes, car il n'y a pas forcément un médecin toujours sur place. Il revient donc à elles, la tâche d'évaluer les besoins de client et d'en faire part au médecin traitant.

### 6.5. Synthèse de l'analyse

---

Pour conclure mon analyse, je vais revenir sur mes questions centrales de recherche afin de procéder à une synthèse :

- Sous quelles conditions les infirmières en EMS considèrent-elles la douleur d'un résident comme appartenant aux douleurs dites psychogènes ?
- Et comment accompagnent-elles ces personnes dans leur offre en soins au quotidien ?

Au travers de mes entretiens, je pense pouvoir répondre à ces deux questions.

Je vais commencer par la question : Sous quelles conditions les infirmières en EMS considèrent-elles la douleur d'un résident comme appartenant aux douleurs dites psychogènes ?

Pour les infirmières, la douleur psychogène peut se caractériser par une douleur persistante, en l'absence de cause physique. Donc, si elles ont fait le nécessaire, toutes les investigations possibles et que la douleur perdure, elles considèrent que la douleur a une cause psychique.

D'autres signes et symptômes sont mis en avant, tels que des résultats aléatoires pour les traitements proposés, parfois, un médicament de palier 1<sup>117</sup> aura autant voire plus d'effets qu'un médicament de type morphinique<sup>118</sup>.

Par ailleurs, lors de l'évaluation des douleurs avec des outils tels que l'échelle visuelle analogique ou avec le Doloplus 2, les infirmières ont remarqué que les patients souffrant de douleurs psychogènes avaient de la difficulté quant à la description de leurs douleurs.

---

<sup>117</sup> Selon l'OMS

<sup>118</sup> Pallier 3 selon OMS

De plus, certaines douleurs psychogènes migrent, par exemple la personne a mal au genou et quand un traitement est instauré, la douleur va migrer vers le bras.

Toutes ces observations permettent aux infirmières d'estimer qu'un résident souffre de douleurs psychogènes. Par contre, il est intéressant de constater, que ces observations se transmettent oralement dans les équipes, mais tant qu'un diagnostic médical n'est pas posé, il ne figure pas dans les dossiers de soins. Les infirmières savent que leur rôle n'est pas de poser des diagnostics, mais de donner les informations nécessaires aux professionnels habilités à le faire.

Je vais répondre maintenant à la deuxième question centrale : comment accompagnent-elles ces personnes dans leur offre en soins au quotidien ?

Tout d'abord, je tiens à rappeler que j'ai choisi les deux EMS interrogés car ils avaient déjà abordé le sujet des douleurs psychogènes et avaient mis divers cadres ou protocoles en place.

Ce que je veux relever en premier lieu, c'est l'importance de l'interdisciplinarité dans la prise en charge de ces résidents. Divers professionnels avec des mandats différents travaillent et encadrent ces personnes au quotidien. Pour les soins de bases ou complexes<sup>119</sup>, la communication et la prise en charge au quotidien, nous trouvons des infirmières, des assistantes en soins, des aides-soignantes et aides infirmières. Afin que la prise en charge soit adéquate, il est important que tous les soignants respectent une ligne de conduite avec le résident, généralement cette ligne de conduite est expliquée sous la forme d'un cadre. Cela permet d'éviter qu'un résident se plaigne que certains soignants font certains soins et d'autres non, et cela permet d'éviter des tensions inutiles au sein de l'équipe.

Font aussi partie de l'offre en soins au quotidien, les animatrices, art-thérapeute, qui travaillent quotidiennement auprès de la personne âgée. Les animatrices vont permettre au résident souffrant de douleurs psychogènes de se divertir, et de penser à autre chose. L'art-thérapeute, quant à elle, va permettre au résident d'exprimer ses douleurs de manières non-verbales, par des bricolages, du théâtre, des jeux, de la musique ou d'autres activités. Il est important que les transmissions se fassent entre l'équipe soignante et les autres professionnels, cela permet une prise en charge plus globale.

Les médecins traitants viennent faire leur consultation sur place, sur appel ou de manière ponctuelle. Ils vont réajuster les traitements au besoin, ou en instaurer de nouveaux. Ils sont une ressource pour les infirmières qui peuvent leur demander d'intervenir auprès du patient, notamment afin qu'il comprenne mieux l'importance d'un cadre à respecter.

Peuvent être appelés afin de faciliter la prise en charge et avec accord du médecin traitant d'autres professionnels tels que des psychogériatres, des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes. Ceux-ci interviendront ponctuellement afin d'améliorer la qualité de vie du client et sa prise en charge. Chaque professionnel peut évaluer la situation et en

---

119 Par soins complexes, j'entends notamment les entretiens programmés avec le résident

faire part aux autres intervenants, cela permet d'avoir un regard nuancé sur l'offre en soins et envisagé ce qui pourrait être amélioré.

En deuxième temps, il est important de rappeler que les infirmières mettent en place des stratégies au quotidien pour améliorer la qualité de vie du résident. Dans les paragraphes précédents, j'ai parlé des cadres mis en place. Il y a aussi beaucoup d'entretiens programmés, quotidiennement ou sur demande du client afin que ce dernier puisse exprimer ses besoins.

Pour finir, je tenais à rappeler que la prise en charge d'une personne souffrant de douleurs psychogènes, au quotidien, peut être fatigante voire épuisante pour les équipes, car ce sont des personnes qui demandent beaucoup de temps et dont les douleurs ne sont pas faciles à soulager. Pour certains soignants, il s'agit d'une offre en soins peu gratifiante. Les équipes soignantes des deux EMS interrogés m'ont expliqué l'importance du soutien au sein de l'équipe, de pouvoir déléguer un soin si un jour, le soignant ne se sent pas apte à le faire. Il est donc primordial de rappeler que le rôle infirmier est aussi un rôle social. En effet, nous travaillons avec des personnes et nous devons pouvoir leur garantir au quotidien une offre en soins optimale.

## 7. Discussion

---

Je commencerai ce chapitre par l'évaluation de la crédibilité et de la validité interne et externe de ma recherche. Puis, je ferai part de mes réflexions concernant mon travail.

### 7.1. Validité interne de la recherche

---

Afin d'évaluer la validité interne<sup>120</sup> de ma recherche, je vais reprendre un à un les différents chapitres qui composent mon travail et poser sur ceux-ci un regard critique. Il s'agit d'une tâche ardue au moment où je rédige ce texte, car je ne possède pas la distance nécessaire sur mon travail. J'y reviendrai lors de la soutenance.

#### 7.1.1. Choix du thème et pertinence

---

Lorsqu'il a fallu choisir un thème afin de réaliser ma recherche, j'ai choisi deux thèmes sur lesquels j'avais des interrogations : Le syndrome de glissement chez la personne âgée, et les douleurs psychogènes chez ce même type de population. Je me suis finalement penchée sur les douleurs psychogènes. Je ne regrette pas ce choix, ce travail m'a permis de mieux comprendre ce type de douleurs, de briser beaucoup de préconstruits<sup>121</sup> que j'avais sur ce sujet. Je n'ai cependant identifié que très peu d'études sur mon objet de recherche, mais j'ai trouvé très intéressant de lire des ouvrages sur ce thème afin d'émettre des hypothèses.

Pour ce qui est du contexte, mon choix s'est directement déterminé sur la personne âgée. C'est une population avec laquelle je travaille depuis 6 ans<sup>122</sup>. Je suis très sensible à l'offre en soins de ces clients, mais aussi très critique, c'est pour cela que j'ai été surprise de voir tout ce qui pouvait être mis en place dans les EMS afin d'améliorer leur quotidien.

#### 7.1.2. Cadre théorique

---

Il s'agit d'un chapitre qui m'a semblé difficile, en effet, il y a une multitude de points intéressants que j'aurais souhaité faire ressortir. Néanmoins, il était important de faire un choix afin d'éviter la dispersion et les thèmes qui n'auraient pas servi à l'analyse. J'ai donc développé les mots-clés de ma recherche. Cela m'a permis d'analyser les éléments recueillis lors de mes entretiens. Toutefois, certains éléments que je ne pensais pas

---

120 La validité interne est le degré auquel on peut déduire que le traitement est expérimental plutôt que des facteurs parasites sont à l'origine des effets observés. LOISELLE, C. PROFETTO-McGRATH, J. Méthode de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives. Québec : Ed. ERPI, 2007. p.204

121 Par exemple : J'ai compris à travers mes lectures et entretiens qu'il s'agissait de vraies douleurs même en absence de causes physiques. J'ai appris que la prise en charge était difficile, mais que beaucoup de soignants étaient sensibilisés et cherchaient à mettre en place des offres en soins qui correspondaient aux besoins du résident.

122 Avant mes études, puis pendant ma formation des week-ends et des nuits.

retrouver dans l'analyse n'ont pas été traités dans le cadre, c'est le cas pour l'épuisement professionnel. Sinon, je pense que les informations recueillies dans mon cadre sont pertinentes et donnent une vision globale des douleurs psychogènes.

### **7.1.3.Outils de méthodologie**

---

Je ne regrette pas d'être partie sur une recherche empirique. Les entretiens effectués auprès des infirmières sont une mine d'informations, leur motivation à participer à l'enquête m'a beaucoup aidée lors de l'analyse. Aucune infirmière ne s'est retirée de l'enquête.

Pour valider ma grille d'entretien, j'ai interrogé une infirmière travaillant dans un EMS avec des personnes souffrant de douleurs psychogènes, Elle a eu un œil critique sur ma grille et m'a permis de mieux cibler mes questions.

J'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs, ce qui m'a permis de récolter beaucoup d'informations, soulevant des questions afin que les infirmières sachent les thèmes à aborder. Je pense que cette méthode se mariait très bien avec une recherche qualitative car, à l'instar du formulaire, elle laisse beaucoup de liberté quant aux réponses de l'infirmière. Il aurait été très intéressant d'interroger des résidents souffrant de douleurs psychogènes et leur famille, toutefois, ce domaine touchant au domaine de la psychiatrie, cela pouvait poser des difficultés par rapport à la commission d'éthique. J'ai donc préféré le témoignage des infirmières reflétant une pratique professionnelle complexe et actuelle.

Le fait d'avoir procédé aux entretiens de deux manières différentes (quatre entretiens individuels dans un EMS et deux entretiens en groupe de deux dans le second) a été pour moi à la fois une ressource, car le fait d'être deux a permis aux infirmières de partager beaucoup d'informations, car elles se complétaient, mais aussi un biais. En effet, je remarque que sur quelques questions, certaines infirmières approuvaient leur collègue et ne rajoutaient pas d'autres avis supplémentaires. Ce type d'entretiens peut aussi engendrer une gêne pour une infirmière à s'exprimer, surtout si la deuxième est particulièrement labile. Donc, si je devais refaire une recherche, je n'effectuerais que des entretiens individuels, et cela, même s'il est possible, sur le plan méthodologique de réaliser des entretiens en focus groupe.

Pour ce qui est du choix de partir sur une recherche qualitative, je pense que mon sujet s'insérerait très bien dans le paradigme socioconstructiviste. En effet, je recherchais des solutions afin d'optimiser l'offre en soins, donc il s'agissait plutôt d'une recherche se basant sur un vécu et une réalité complexe et non pas sur des chiffres ou une statistique descriptive.

### **7.1.4.Echantillon choisi**

---

Pour ce qui est du choix des EMS, le but de ma recherche était de trouver des éléments de réponse significatifs à mon questionnaire. C'est pour cela que j'ai téléphoné à tous les infirmiers chefs des EMS du Valais francophone pour savoir si dans leur établissement

des gens souffraient de douleurs psychogènes et si oui, si quelque chose de spécifique dans l'offre en soins avait été mis en place. Suite à cela, j'ai choisi les deux EMS dans lesquels une réflexion professionnelle avait abouti à l'instauration de mesures visant à améliorer la qualité de vie de ces résidants. Je ne regrette pas ce choix car il m'a permis de m'interroger sur ma propre pratique et de découvrir des moyens simples afin d'améliorer l'offre en soins et l'accompagnement des résidants dans la vie quotidienne.

Pour ce qui est du choix des infirmières, j'ai laissé ce dernier aux infirmiers chefs. Cela pourrait constituer un biais, car ils peuvent choisir des infirmières plus sensibilisées que d'autres. Néanmoins, dans cette étude qualitative, les effectifs infirmiers des EMS ne donnent pas un choix représentatif d'une population générale. Cependant cet échantillon étant de type résonné, ou dit aussi intentionnel j'ai délibérément choisi de mettre en avant l'exemplarité afin d'éclairer mes questions spécifiques de recherche. De plus, les infirmiers chefs connaissaient bien les infirmières et savaient celles qui accepteraient de répondre aux entretiens (échantillonnage boule de neige). Je pense donc qu'il s'agit d'une méthode pertinente et simple pour effectuer des entretiens de qualité.

#### **7.1.5.Principes éthiques**

---

Je pense avoir respecté les principes éthiques durant mon travail. J'ai fait preuve d'exactitude pour retranscrire mes entretiens puis faire ressortir les éléments clés dans mon analyse. J'ai fait de mon mieux pour ne pas léser les participants à cette étude.

#### **7.1.6.Analyse**

---

Pour l'analyse des données, j'ai procédé en deux phases : une phase de retranscription et une phase d'analyse.

La première étape m'a permis de ressortir les points clés et les informations importantes qui devraient figurer à l'analyse. C'est une tâche longue et ardue car il faut réécouter plusieurs fois les entretiens afin d'être certaine d'avoir retranscrit les informations adéquates et fidèles aux propos tenus par les infirmières.

La seconde étape est celle de l'analyse. Comme ma méthode de recueil de données a été différente, j'ai fait le choix de séparer les deux EMS pour la description des résultats, puis j'ai analysé en fonction du cadre théorique les informations des deux établissements, cela m'a permis d'éviter les redondances, car il y avait des similitudes quant aux résultats obtenus dans les deux EMS.

Afin d'offrir un fil rouge au lecteur, j'ai classé mes résultats dans 4 sous-chapitres :

1. Les caractéristiques des douleurs psychogènes et ses origines
2. La perception des douleurs psychogènes par les soignants, le client, les autres résidants et la famille
3. La prise en charge des douleurs psychogènes : traitements et thérapies proposées

#### 4. La prise en charge interdisciplinaire

Je pense que tout au long de cette analyse, j'ai su faire ressortir les résultats importants, tout en respectant les termes et propos infirmiers.

### **7.2. Validité externe de la recherche**

---

Il s'agit « du degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés »<sup>123</sup>.

Cette étude ne prétend en aucun cas faire des généralisations. Cependant certains résultats pourraient être transférés à d'autres personnes. Je pense notamment aux jeunes adultes souffrant de douleurs psychogènes. Il est également envisageable de transférer certaines données dans un contexte de maladies chroniques (communication et relation d'aide).

Pour ce qui est du contexte, l'EMS est un lieu de vie, ce qui permet de mettre en place des objectifs et des cadres sur le long terme, ce qui n'est pas le cas à l'hôpital, donc la prise en charge ne peut pas être transférée sur un établissement de court à moyen séjour.

Pour conclure, même si certains éléments peuvent être généralisés, la majorité des résultats obtenus doivent rester dans leur contexte, avec le type de client prédéfini.

### **7.3. Réflexions sur mon travail et propositions, perspectives de recherche**

---

Lors de ma collecte de données, je n'ai interrogé que des infirmières, il aurait été intéressant de connaître s'il existe une différence de perception entre homme et femme sur les douleurs psychogènes et leur prise en charge. Malheureusement la pénurie d'infirmiers en EMS ne me le permettait pas.

De plus, il aurait été opportun d'interroger d'autres professionnels que les infirmières, par exemple les assistantes en soins ou les aides soignantes, toujours dans le but de faire une comparaison sur les différences de perceptions.

Comme je l'ai dit dans le point : 7.1.4, il aurait été passionnant d'aller interroger des résidents afin de connaître leur point de vue sur leur prise en charge. J'aurais aimé savoir si leur opinion était similaire à celle des infirmières ou s'il y avait des différences significatives qui influenceraient la prise en charge.

---

123 LOISELLE, C. PROFETTO-McGRATH, J. Méthode de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives. Québec : Ed. ERPI, 2007. p.206

## 8. Conclusion

---

Afin de terminer mon travail de fin d'étude, je vais procéder à une auto-évaluation. Pour cela, je vais reprendre mes objectifs personnels d'apprentissage que j'avais posés au début de ma recherche. Puis, je ferai un bilan en expliquant les facilités et difficultés rencontrées et je terminerai par les apports personnels et professionnels de ma recherche.

### 8.1. Objectifs personnels d'apprentissage

---

Au début de mon travail, j'avais posé les objectifs suivants :

- Je souhaite réaliser une recherche exploratoire et descriptive, en cheminant de ma question de départ jusqu'à l'analyse des résultats et leur communication.

Lors de l'élaboration de mon mémoire, j'ai suivi toutes les étapes méthodologiques, analysé les résultats et je les communiquerai oralement lors de ma soutenance. Malheureusement, je ne pense pas avoir atteint le niveau de validité que j'aurais souhaité, ni avoir développé mon travail autant que je l'aurais voulu. Même si mon travail de Bachelor contient toutes les étapes nécessaires, je considère que cet objectif n'est que partiellement atteint. Je suis toutefois contente d'avoir pu atteindre l'étape de l'analyse des résultats que j'ai trouvée très intéressante. Malgré les biais et les lacunes de mon mémoire, j'ai pu approfondir mes connaissances sur les douleurs psychogènes, la prise en charge des résidants. Concernant la méthode, j'ai appliqué une démarche de la question de départ jusqu'à la production écrite des résultats, en maintenant le fil rouge et la cohérence interne du processus.

- Je recueillerai des informations chez les professionnels du terrain, par des entretiens semi-directifs et analyserai les résultats obtenus à l'aide d'un cadre théorique.

J'ai effectué mes entretiens auprès de huit infirmières dans deux EMS du Valais central. J'ai tout d'abord élaboré une grille composée de questions semi-directives, que j'ai validé en faisant un pré-test auprès d'une infirmière externe à l'enquête, celle-ci m'a conseillé sur certaines questions à poser et m'a corrigé les questions mal formulées. J'ai effectué quatre entretiens individuels et deux entretiens deux par deux. Je me suis sentie à l'aise avec les professionnels de terrain, et je pense les avoir mis à l'aise pour parler. J'ai recueilli des résultats intéressants et j'ai sélectionné les informations répondant le mieux à mes questions centrales de recherche. J'ai construit un cadre théorique qui couvrait les questions posées aux infirmières, j'ai remodifié celui-ci à la suite des entretiens lorsque de nouvelles interrogations sont ressorties. Celui-ci m'a permis d'alimenter mon analyse. Je pense que cet objectif est atteint, j'ai pu grâce à celui-ci rencontrer des personnes sur le terrain et comprendre à quoi ils sont confrontés au quotidien.



## **8.2. Facilités et difficultés de ma recherche**

---

Tout au long de l'année qui s'est écoulée, j'ai effectué cette recherche afin d'obtenir mon diplôme Bachelor en soins infirmiers. Je suis passée par des moments de doute, d'incertitude, ainsi que des moments de motivation et d'intérêt intenses. J'ai connu des facilités et des difficultés, que je vais développer dans les points ci-dessous.

### **8.2.1. Facilités**

---

J'avais beaucoup réfléchi aux différents thèmes sur lesquels mon mémoire pouvait porter. Le fait d'avoir de l'intérêt pour les douleurs psychogènes m'a permis de garder ma motivation durant ce projet. Le fait de bien connaître le contexte des établissements médicaux sociaux m'a aussi beaucoup aidée au niveau de la compréhension des enjeux de l'offre en soins infirmiers. Il en est de même pour la population cible, mon expérience professionnelle a été un atout et une motivation supplémentaire. Cela m'a aussi interrogé sur ma propre pratique<sup>124</sup>. Pour finir, le fait d'avoir bâti mon travail sur un problème rencontré lors d'une prise en charge a été très intéressant, cela m'a permis de me questionner sur les difficultés que j'avais rencontrées et comment j'aurais pu agir différemment.

### **8.2.2. Difficultés**

---

La première difficulté rencontrée a été de comprendre l'importance de la démarche méthodologique et surtout d'arriver à créer un fil rouge lors de ma recherche. La seconde a été d'essayer de formuler mes idées de manière cohérente, je ne suis pas sûre d'y être parvenue. Je n'ai jamais eu de talent d'écriture et j'admets que pour ce travail cela a été un poids.

J'ai aussi eu des problèmes pour la gestion de mon temps, j'ai compris que si je devais me relancer dans un travail comme celui-ci, je planifierais mieux chaque étape et me forcerais à les respecter.

### **8.2.3. Apports personnels et professionnels de la recherche**

---

Au niveau personnel, ce travail m'a énormément remise en question. J'avais des idées toutes faites sur les patients souffrant de douleurs psychogènes, j'avais tendance à penser qu'ils jouaient la comédie. Les informations que j'ai récoltées lors de mes entretiens et mes lectures m'ont prouvé que je me trompais. Mes représentations se sont ainsi modifiées tout au long de ce parcours initiatique.

---

<sup>124</sup> A l'heure actuelle, lorsque je travaille en EMS, ma posture est celle d'un praticien réflexif lors de l'offre en soins. J'organise l'offre en soins de manière adaptée à ces personnes. (création de cadre, planification des journées, etc)

Au niveau des douleurs psychogènes, je me sens plus à même de prendre en charge un patient qui en souffre. Je connais aussi les différents moyens médicamenteux ou non-médicamenteux afin d'optimiser l'offre en soins pour ce type de clientèle. Je comprends mieux les causes et origines possibles de cette douleur.

En dehors de l'aspect théorique sur les douleurs psychogènes, j'ai acquis des connaissances méthodologiques. Je pense que même mon style d'écriture s'est nettement amélioré depuis le début de ce travail. J'ai aussi appris à faire des fiches de lecture, à résumer des livres, à lire une table des matières afin de sélectionner les chapitres pouvant m'être utiles et à analyser des données collectées de manière empirique afin de produire des résultats significatifs.

Pour finir, ce travail m'a montré que j'étais capable d'appliquer une méthode, en respectant des principes éthiques. J'ai découvert des facilités et difficultés sur lesquels il faudra que je travaille pour mes futurs projets professionnels<sup>125</sup>.

Concernant les apports professionnels, je pense que même si mon travail ne changera pas radicalement la pratique infirmière, il donne de bonnes pistes à suivre afin d'optimiser l'offre en soins infirmiers chez les résidents souffrant de douleurs psychogènes.

Comme je l'ai précisé sur le point de la validité externe, mon travail n'est pas transposable dans d'autres contextes, mais peut être transposé à certains autres types de patients chroniques. Cela peut donc peut-être servir à d'autres étudiantes ayant un problème de prise en charge. Je pense qu'il peut être intéressant de connaître ce qui est mis en place dans certains EMS du Valais, et peut-être amener à la réflexion d'autres établissements.

---

125 Je serais intéressée d'entreprendre un CAS en psychiatrie

Je voudrais terminer cette étude sur une réflexion plus intime concernant la douleur en tant qu'expérience humaine, que tout un chacun éprouve dans son histoire de vie.

Charles Baudelaire a écrit dans son poème intitulé « Recueillement<sup>126</sup> » :

*« Sois sage, ô ma Douleur, et tiens-toi plus tranquille. »*

Quel être humain n'a-t'il pas eu dans son parcours, une pensée similaire ?

La douleur nous est « familière », car nous l'expérimentons à plusieurs reprises. Mais elle est aussi étrangère car tous ses mécanismes ne sont pas connus à l'heure actuelle et échappent encore aux yeux des scientifiques.

En effet, ce phénomène peut être appréhendé et étudié à travers différents regards disciplinaires : la biologie, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, les neurosciences, pour n'en citer que quelques-uns. Tous apportent des éclairages différents et complémentaires à son sujet.

Cependant, en tant que jeune femme et future mère de famille, je tenais à mettre en avant celui du poète, qui avec ses mots parvient à toucher le cœur des hommes.

---

126 BAUDELAIRE, C. « Les fleurs du Mal ». Bibliobazaar. Paris, 2006, p. 112

## 9. Bibliographie

---

ALLAZ, A.-F. *Le messenger boiteux : Approche pratique des douleurs chroniques rebelles*.

Editions Médecine & Hygiène. Genève 2007

AVET, F. AVET, S. & co. *Douleurs compétences et rôle infirmiers*. Editions Med-Line.

Paris, 2006

BAUDELAIRE, C. « Les fleurs du Mal ». Bibliobazaar. Paris, 2006

CANOÜ, P. & MAURANGES A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*.

MASSON. Paris, 2001.

CARLSON, E. R. *Guide de l'infirmière pour une meilleure communication*. Presse de

l'Université du Québec. Québec 1988

DUHAMEL, F. *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers*.

Gaëtan Morin Editeur, Montreal, 1995

FAUCHERE, P.-A. *Douleur somatoforme*. Edition médecine et hygiène. Chêne-Bourg

2007.

EXCHAQUET, N., ZÜBLIN. *Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant*

*dans les services de malades des hôpitaux de soins généraux*. Etude de soins infirmiers en Suisse. Berne. 1975

GARNIER, M. DELAMARE, V. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28ème

édition. Edition Maloine, Paris, 2004

LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Métailier. Paris, 1995

LOISELLE, C.G., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthodes de recherche en sciences*

*infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Quebec, 2007

OMS. *CIM 10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du*

*comportement*. Edition MASSON, Paris 1994

MELZACK, R. WALL, P.D. *The puzzle of pain*. London: Penguins Books Ltd, 1973

PHANEUF, M. *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Chenelière éducation. Québec. Juin 2006

ROGERS, C.R. « *Empathique : une manière qui n'est pas appréciée à sa juste valeur* ». The Counseling Psychologist. Vol. 3 N°2, 1975

ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation*. Edition Lamarre. Paris, 1986

SBK, ASI. *L'éthique : l'éthique dans la pratique des soins*. Berne. 2003

SZASZ, Thomas S. *Douleur et plaisir*. Payot, Paris, 1986

## 10. Cyberiographie

---

BDSP. Banque de Données Santé Publique. *Banque de Données Santé Publique* [pdf].

Adresse URL :

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ministere/Drees/SerieEtudes/2006/63/serieetud63.pdf?06318-44X03-XWW64-X1KX1-WXX37> (consulté le 1er juin 2008)

COMPENDIUM. *Dafalgan*. [En ligne]

<http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consulté le 5 août 2008)

CONSEIL FEDERAL. *Ordonnance sur la commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine*. [PDF] <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/814.903.fr.pdf> Berne,

Décembre 2000 (consulté le 4 juin 2008)

CONSEIL FEDERAL. Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées. [En ligne].

Novembre 2003.

[http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/dsas/rapport\\_comm\\_consult\\_ems\\_au\\_ce.pdf](http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/dsas/rapport_comm_consult_ems_au_ce.pdf) (Consulté le 7 juillet 2008)

DEPRESSION Guide. *Désordre bipolaire*. [En ligne]. [http://www.depression-](http://www.depression-guide.com/lang/fr/bipolar-disorder.htm)

[guide.com/lang/fr/bipolar-disorder.htm](http://www.depression-guide.com/lang/fr/bipolar-disorder.htm) (consulté le 5 août 2008)

ETAT DE VAUD. Les droits des patients. [En ligne]

[http://www.sanimedia.ch/content/droits\\_des\\_patients/ddp\\_information.htm](http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_information.htm) (Consulté le 25 juin 2009)

IASP. International Association for the Study of Pain. *International Association for the Study of Pain* [html]. Adresse URL: [http://www.iasp-](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain)

[pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain) (consulté le 25 mai 2008)

HECV-SANTE. Haute école cantonale vaudoise de la santé. *Haute école cantonale vaudoise de la santé* [html]. Adresse URL .:

[http://209.85.135.104/search?q=cache:7JzlnJYP\\_FkJ:www.hecvhsante.ch/Portals/0/docs/a](http://209.85.135.104/search?q=cache:7JzlnJYP_FkJ:www.hecvhsante.ch/Portals/0/docs/admissions/dossieradmission08/r%C3%A9f%C3%A9rentiel%2520comp%C3%A9tence%2)  
[dmissions/dossieradmission08/r%C3%A9f%C3%A9rentiel%2520comp%C3%A9tence%2](http://209.85.135.104/search?q=cache:7JzlnJYP_FkJ:www.hecvhsante.ch/Portals/0/docs/admissions/dossieradmission08/r%C3%A9f%C3%A9rentiel%2520comp%C3%A9tence%2)

[520SI%252008%2520bis.pdf+comp%C3%A9tences+bachelor+en+soins+infirmiers&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ch](#) (consulté le 17 juin 2008)

LEMOINE, Patrick. *Pharmacologie du placebo*. [En ligne] Rennes, 1998  
<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pharmaco/placebo.htm> (consulté le 30 juillet 2008)

Dr. LORIN, F. *Histoire de la douleur : de l'antiquité à nos jours*. [En ligne] CHU de Montpellier. Hôpital de Saint Eloi, 2006.  
[http://www.psychiatriemed.com/fabrice\\_lorin\\_histoire\\_de\\_la\\_douleur.php](http://www.psychiatriemed.com/fabrice_lorin_histoire_de_la_douleur.php) (Consultée le 29 novembre 2008)

Dr MANET, M.-P. *Groupe hospitalier diaconesses – Croix Saint-Simon : La coxarthrose*. [En ligne]. <http://www.hopital-dcss.org/actes/coxa.htm> (Consulté le 2 juillet 2008)

OMS. Les paliers de l'OMS. <http://www.antalvite.fr/pdf/medicaments.pdf> (consulté le 25 mai 2009)

PLOTON, Louis. *Psychologie de la santé et du développement*. [En ligne] Université de Lyon-2. [www.againstpain.org/en/pps/ploton.pps](http://www.againstpain.org/en/pps/ploton.pps) (consulté le 1er juin 2008)

SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACOLOGIE. La pharmacologie en ligne :  
Médicaments « alternatifs » : Placébo. [En ligne]  
[http://www.pharmacomedicale.org/Fiche\\_1796.html](http://www.pharmacomedicale.org/Fiche_1796.html) France 2005 (Consulté le 25 octobre 2008)

HAUTEFEUILLE, M. Les conditions de la construction de l'alliance thérapeutique. [En ligne] <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/conftox/hautefeuille.html> Centre hospitalier intercommunal Eaubonne-Montmorency, Val d'Oise. (consulté le 20 octobre 2008)

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative* [pdf]. Adresse URL :  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/colloq\\_240305.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/colloq_240305.pdf) (consulté le 31 mai 2008)

MONOD-ZORZI, L., SEEMATTER-BAGNOUD, L. & CIE. *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*. [pdf] Observatoire Suisse de la Santé.  
Adresse URL :

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.102235.pdf> (Consulté le 21 juin 2008)

OBS. *Observatoire valaisan de la santé: La santé des Valaisans en 2004*. [PDF]. [http://www.vs.ch/Press/DS\\_3/CP-2004-10-11-6243/fr/Etat\\_sante\\_2004\\_fr.pdf](http://www.vs.ch/Press/DS_3/CP-2004-10-11-6243/fr/Etat_sante_2004_fr.pdf) (consulté le 21 août 2008)

OMS. *La santé mentale vue sous l'angle de la santé publique*. [En ligne] [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_fr.pdf) (Consulté le 2 juillet 2008)

OFFICE DE L'ORIENTATION. *Orientation.ch*. [En ligne] <http://www.orientation.ch/dyn/12359.aspx> (consulté le 21 juin 2009)

PRISER, C. Cours physiologie de la douleur. [En ligne]. Avril 2004. <http://www.infirmiers.com/etud/cours/anatphy/douleur.php> (Consulté le 2 juillet 2008)

PUBLIUS, S. Sentences. [En ligne] [http://zephoria.free.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=14&idTheme=5](http://zephoria.free.fr/rubrique.php3?id_rubrique=14&idTheme=5) (Consulté le 1er juillet 2009)

SSSED. La Société suisse pour l'étude de la douleur. *Douleurs chroniques*. [pdf]. 2005-2008. Adresse URL : <http://www.pain.ch/news/Communiquee.pdf> (Consultée le 17 juin 2008)

SWISSHEART. *Fondation suisse de cardiologie : Les progrès médicaux du dernier siècle*. [En ligne] <http://www.swissheart.ch/f/forschung/fortschritte.htm> (Consulté le 2 juillet 2008)

WINCKLER, M. *Qu'est-ce que l'effet placebo ?* [En ligne]. Juin 2005. [http://martinwinckler.com/article.php3?id\\_article=101](http://martinwinckler.com/article.php3?id_article=101) (Consulté le 4 juillet 2008)



## 11. Recherches et thèses<sup>127</sup>

---

VERLOO. H. *Les douleurs chroniques dans les EMS en Valais: Prévalence et prise en charge*. Institut universitaire Kurt Bosch. Bramois 2007

GROUX-FREHNER, D. *Evaluation de la douleur : quel intérêt ?*. Institut Kurt Bösch, Sion 1999

VITTI DUCA, A.-M. *Etude de l'impact d'une campagne de sensibilisation à la prise en charge de la douleur*. Institut Kurt Bösch. Bramois, 2006

PALLEZ-LARTIGUEVIEILLE, L. *Douleur en gériatrie : auto évaluation de la douleur et appréciation de la prise en charge thérapeutique par les patients hospitalisés*. Université Bordeaux 2, 1999

BOUZOUZOU-GAILLARD. J. *Vivre en EMS... Si tu veux faire mon bonheur...* Institut Kurt Bösch. Bramois 2001

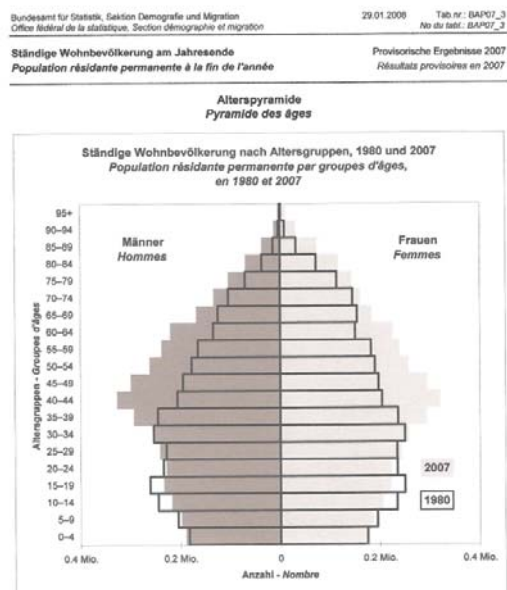
SCHNEGG, O. *L'établissement médico-social, lieu de vie, lieu de fin de vie, le cas du Home Salem*. Institut universitaire Kurt Bösch, 2004

---

<sup>127</sup> J'ai choisi de classer les thèses et recherches selon l'ordre d'importance pour ma recherche.

## I. Annexes

### Annexe I



Source<sup>128</sup> : Confédération Suisse, OFS<sup>129</sup>

128 OFS. Statistique de l'état annuel de la population et du mouvement naturel de la population 2007. [pdf] Conseil fédéral. Berne, 2007.  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.104467.pdf> (Consulté le 17 juin 2008)

129 Office fédéral de la statistique

## Annexe II

### TRAVAIL DE BACHELOR SUR LES DOULEURS PSYCHOGENES EN EMS

---

Réalisé par Cindy Perruchoud, étudiante à la HES-SO//Valais

#### **Information destinée aux personnes participant à l'étude**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO// Valais j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre la prise en charge des douleurs psychogènes en EMS. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera sur votre lieu de travail ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin décembre 2009.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser la prise en charge des douleurs psychogènes en EMS.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion de douleurs psychogènes.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Cindy Perruchoud, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Bord du Canal 49

3966 Chalais

☎ 079.448.53.00

Chris Schoepf, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Tél : 079.793.56.61

## Annexe III

### TRAVAIL BACHELOR SUR LES DOULEURS PSYCHOGENE EN EMS

---

Mené par Cindy Perruchoud, étudiante à la HES-SO//Valais  
Chris Schoepf, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais

#### Formulaire de consentement éclairé pour les personnes<sup>130</sup> participant au mémoire de fin d'étude

La soussignée :

- Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour elle même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin décembre 2009.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

La soussignée accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date: ..... Signature : .....

---

130 Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Contacts :

Cindy Perruchoud, étudiante HES-SO//Valais Tél : 079.448.53.00

Chris Schoepf, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Tél : 079.793.56.61

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

## Annexe IV

Question de recherche	Objectif	Entretien semi-directif	Relances	Cadre théorique
Sous quelles conditions les infirmières en EMS considèrent-elles la douleur d'un résident comme appartenant aux douleurs dites psychogènes ?	Mettre en relief comment les infirmières détectent les résidents atteints de douleurs psychogènes en EMS.	<p>Qu'est-ce qui caractérise une douleur psychogène ?</p> <hr/> <p>Comment ce type de douleurs est perçu ?</p>	<p>Quels sont vos critères pour considérer une douleur appartenant aux douleurs psychogènes ?</p> <p>Quels sont les facilités et difficultés pour la détecter ?</p> <p>Qu'est-ce qui est spécifique dans les douleurs psychogènes par rapport aux autres douleurs ?</p> <hr/> <p>Quelle est l'origine des douleurs psychogènes ?</p> <hr/> <p>Par le résident</p> <p>La famille du résident ?</p> <p>Par les soignants ?</p> <p>Les autres résidents ?</p> <p>Qu'est-ce que cela modifie</p>	<p>Définition de la douleur</p> <p>Interdisciplinarité</p> <hr/> <p>Les douleurs psychogènes</p> <p>La perception des douleurs psychogènes.</p> <p>Rôle infirmier</p>

			dans la prise en charge ?	
Et comment accompagnent-elles ces personnes dans leur offre en soins au quotidien ?	Identifier et analyser les enjeux d'une offre en soins optimale pour les résidents souffrant de douleurs psychogènes.	Qu'est-ce qui est mis en place, dans l'établissement où vous travaillez pour les personnes souffrant de douleurs psychogène ?  Comment gérez-vous la prise en charge une personne souffrant de douleurs psychogènes au quotidien ?	Des thérapies ont-elles été mises en place ?  Sont-elles efficaces ?  La question d'une ligne de conduite uniforme à tenir avec le patient a-t'elle été abordée au sein de l'EMS ?  Si oui, qu'elle est-elle ?  Et qu'est-ce que cela vous apporte ?  Qu'est-ce que cela change par rapport à la prise en charge d'autres résidents ?  Quelles sont les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans leur prise en charge ?  Quelles sont les attitudes à ne pas avoir avec ce type de résident ?  Qu'est-ce qui	La Communication  Le rôle de l'EMS  Thérapies    La communication  Les entretiens  Les thérapies  Le rôle infirmier  L'interdisciplinarité



			<p>pourrait être mis en place de plus ?</p> <p>En tant qu'infirmière, que pourriez-vous dire à une stagiaire qui devrait prendre en charge ce type de patient ? Quels conseils lui prodigueriez-vous ?</p> <p>Comment se passe la prise en charge interdisciplinaire (médecin, physio,...) ?</p>	
--	--	--	--	--

Avez-vous autre chose à ajouter, avant que l'entretien se termine ?

Cursus d'infirmière