

## « Ce que je suis, moi soignant, influence-t-il ma manière de prendre en charge la douleur ? »

**Auteurs :** PEOC'H N., LOPEZ G., CASTES N., LAMONZIE J., BONGARD V., VIEU L., CLUD – CHU Toulouse, cellule « Douleur induite par les soins ».

---

### **L'origine :**

Au cours de l'année 2003, une enquête sur la prise en charge de la douleur au CHU de Toulouse (63 unités de soins) a été réalisée. Cette première étude exploratoire s'intéressait au regard porté sur ce thème par les soignants et les soignés d'une même unité de soins. Elle a fourni une banque de données riche d'enseignements, dont l'un des axes phare était les besoins exprimés par les soignants, et en particulier celui d'une demande de formation. C'est en s'appuyant sur les questions et les conclusions demeurées en suspens lors de cette enquête, que le groupe de travail du CLUD « douleur provoquée par les soins » a décidé de mener en 2004 une enquête plus spécifique pour concevoir un projet prenant en compte :

- L'élaboration de protocoles médicamenteux et non médicamenteux.
- La réalisation d'un film pédagogique.

Parvenu à ce stade de notre réflexion, notre questionnement nous a amené à considérer deux axes de compréhension articulés autour des interrogations suivantes :

- Quelles sont les connaissances, les croyances, les attitudes, les prises de position des professionnels de santé à l'égard de « *la douleur induite par les soins* » ?
- Une fois identifiées, comment modifient-elles, guident-elles, influencent-elles les pratiques professionnelles de prise en charge de la douleur ?

Ces deux axes feront l'objet de notre présentation.

### **Le recours au regard psychosocial :**

Si nous avons choisi notre ancrage conceptuel dans le champ de la psychologie sociale et de la théorie des représentations sociales, pour fonder cette enquête, c'est bien pour montrer l'essence d'une idée, selon laquelle, pour l'être humain en général (dans la réflexion qui nous intéresse ici, il s'agit en particulier, des professionnels de santé) les représentations mentales construites en contexte, décrivent, expliquent, organisent leurs rapports au monde.

Ainsi nous pensons que « *la douleur induite par les soins* » est une thématique présente, qui se présente, ou est représentée à l'esprit sous la forme d'un contenu de pensée. Son champ représentationnel serait constitué d'un ensemble de caractéristiques multiples à savoir :

- Des dimensions sensorielles, émotionnelles, comportementales, existentielles,
- Des caractéristiques de conditions sociales, économiques, idéologiques, culturelles...

Dans la lignée de l'étude princeps de S. MOSCOVICI, de nombreux travaux ont permis d'approfondir ce concept de représentation sociale. Aujourd'hui encore, il est difficile de donner une définition commune à tous les auteurs. Son caractère polysémique rend compte de sa complexité. Nous avons retenu la définition donnée par G-N FISCHER :

« *La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personnes, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* » (FISCHER, G-N., 1996 : 126)

Ainsi les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement. Si les représentations varient selon les individus, nous faisons l'hypothèse qu'elles varient également chez un même individu, en fonction des situations, des paramètres organisationnels, du contexte dans lequel il travaille. Dans un article commun (BATAILLE, M., et al., 1997), A. PIASER précise :

« Les représentations professionnelles sont des représentations portant sur des objets appartenant à un milieu professionnel spécifique. Elles sont partagées par les membres de la profession considérée et constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs etc. ».

Outre ses multiples fonctions, nous avons retenu, des représentations professionnelles, leur fonction de justification anticipée ou rétrospective des pratiques. Elles peuvent être invoquées pour expliquer ou légitimer une action, pour justifier *a posteriori* les prises de position et les pratiques.

Mais comment appréhender les représentations professionnelles d'un soignant ? Comment répondre à cette question qui nous interpelle ?

« *Ce que je suis (moi soignant) influence-t-il ma manière de prendre en charge la douleur ?* »

Nous avons fait le choix d'y répondre en faisant référence aux niveaux d'analyse proposés par W. DOISE (DOISE, W., 1982 : 33). Parce qu'un fait social ne peut être saisi dans une partie de sa complexité, cet auteur a repéré et distingué quatre niveaux d'explication et d'analyse :

- Le premier niveau intra-individuel : recherche l'explication dans le professionnel de santé lui-même. Ce qu'il est, ce qu'il sait, ce qu'il fait dans une approche socio-cognitiviste, socio-affective et psychanalytique.
- Le deuxième niveau inter-individuel : recherche l'explication dans les interactions des professionnels de santé entre eux dans une même situation donnée, à propos d'un même objet : « *la douleur induite par les soins* ». Ce niveau d'analyse s'intéresse à l'analyse de l'interaction sociale.
- Le troisième niveau positionnel : recherche l'explication en privilégiant l'étude des comportements différenciés selon la position sociale des professionnels de santé mais aussi selon les rapports hiérarchiques symboliques (statut) qui règlent les échanges entre ces différentes catégories statutaires dans le système social (ici, les 63 unités de soins enquêtées).
- Le quatrième niveau idéologique ou sociétal : recherche l'explication dans un ensemble prenant en compte les systèmes de croyances et de représentations, d'évaluations et de normes, d'historique, d'idéologie.

### **L'orientation méthodologique :**

L'échantillon comprenait 302 professionnels : 52 % d'infirmier(ères) (IDE), 26 % d'aides soignants (AS), 18 % de médecins, 3 % de cadres de santé et 1 % de kinésithérapeutes. Le choix de notre outil d'enquête s'est porté sur le questionnaire. Celui ci comprenait des questions fermées, ouvertes, à choix multiples. L'ensemble de la procédure a été respecté :

- Le pré-test a été réalisé sur un échantillon de la population cible, différent de l'échantillon de recherche mais présentant les mêmes caractéristiques. Soit 10 % de l'échantillon de l'enquête. Les objectifs du pré-test ont permis d'évaluer la pertinence des questions et leur compréhension, d'envisager un réajustement.
- Les procédures de passation de l'outil de recueil de données ont respecté l'organisation du temps de travail des différentes unités de soins.
- L'anonymat des personnes et des structures investiguées ainsi que la confidentialité des données sont un point essentiel de toute démarche de recherche. C'est sur ce socle (information – respect et protection de la liberté des personnes se prêtant à une recherche – protection de l'anonymat et de la confidentialité des données), que s'est fondée cette enquête.

Nous avons considéré la retranscription des questions ouvertes sur le thème « *douleur induite par les soins* » dans diverses unités de soins (médecine, gériatrie, urgences, soins intensifs...)

comme un sujet collectif, porte-parole d'une culture à un instant T. Nous avons décidé d'interroger ce corpus de questions retranscrites, par association libre, pour obtenir une population d'associations, au sens statistique du terme. Nous avons soumis ce corpus volumineux au logiciel d'analyse de données textuelles ALCESTE<sup>1</sup> (REINERT, M., version 4.5). De cette analyse, nous avons extrait par classification automatique, certains types caractéristiques, que nous considérons comme des éléments constitutifs de la représentation de « *la douleur induite par les soins* ».

### **Résultats et interprétation des données :**

Les différents indices (comme le vocabulaire spécifique de chaque classe, le Chi carré d'appartenance d'un mot à une classe, l'incidence des variables illustratives projetées sur le plan factoriel...), nous ont permis de comparer et d'interpréter les réponses analysées dans un travail de mise en signification par rapport à notre objet d'étude et aux références théoriques ayant présidé à la construction de notre problématique. Tout le discours écrit recueilli a été traité (85,83 % du corpus a été analysé). L'analyse Alceste a fait apparaître quatre classes lexicales distinctes.

Classe 1 : Discours fondé sur les moyens à mettre en œuvre.

Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques<sup>2</sup> masculins, occupant la fonction de médecin. La dimension techniciste de la prise en charge de la douleur est prégnante dans leur discours. «*La douleur induite par les soins* » est vue dans son inscription législative et préventive. Les termes «*analgésie*», «*emla*», «*medimix*», «*antalgique*», «*relaxation*» observent des chi<sup>2</sup> importants. Tournée à la fois vers l'information et l'explication, la pensée professionnelle de cette classe de discours est centrée sur les moyens à mettre en œuvre pour : « *anticiper et prévenir la douleur, dans l'acte de soin* ».

Classe 3 : Discours fondé sur la prise en charge relationnelle.

Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques occupant la fonction d'aide-soignant, ainsi que la fonction de kinésithérapeute. Ils travaillent principalement dans des secteurs de gériatrie et de traumatologie. Dans cette classe, le discours des sujets sur la «*douleur induite par les soins* » s'inscrit dans un ensemble de valeurs tourné vers la prise en charge relationnelle en termes d'écoute, de confort, de douceur. Tout ce qui est de l'ordre du vécu du patient est pris en compte dans une démarche holistique convoquant les notions de temps, d'espace, de prise en charge pluridisciplinaire. Les verbes d'action comme «*expliquer*», «*rassurer*», «*donner*», «*calmer*», observent un chi<sup>2</sup> important.

Classe 4 : Discours fondé sur la prise en charge technique.

Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques occupant la fonction d'infirmier, ainsi que la fonction d'infirmier anesthésiste. Ces sujets travaillent principalement dans le secteur des urgences. Ils ont entre 30 et 40 ans. Les professionnels de cette classe de discours se tiennent *de facto* assez proches du discours de la classe 1. Leurs discours s'appuient sur l'acte prescrit, avec une visée centrée sur la priorité du geste technique dans le cadre de l'urgence. Il s'agit avant tout de «*poser un cathéter*», «*sonder*», «*aspirer*», «*prélever*». Le réalisme et le caractère professionnel des termes utilisés rendent compte de la conscientisation de l'acte douloureux dans leurs pratiques quotidiennes (l'acte invasif en lui-même). Leur pensée professionnelle est illustrée par l'affirmative suivante : « *ce que je fais* ».

---

<sup>1</sup> ALCESTE : initialement ce terme est l'acronyme d'Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte. Il s'agit d'un logiciel développé par Max Reinert en 1992 (pour sa version 2.0) de l'université de Toulouse le Mirail. L'auteur définit maintenant ALCESTE comme l'Analyse des Lexèmes Cooccurents dans les Enoncés Simplifiés d'un Texte.

<sup>2</sup> Il ne s'agit pas d'un sujet réel.

*dans ma pratique quotidienne est douloureux, mais je suis dans un contexte qui peut être vital ».*

**Classe 2 :** Discours fondé sur la reconnaissance de la douleur induite par les soins.

Cette classe est principalement constituée de sujets épistémiques féminins occupant la fonction d'aide-soignant, ainsi que la fonction d'infirmier. Ces sujets travaillent principalement dans des secteurs de gériatrie, mais également dans des secteurs de soins comme la neuro-traumatologie, la réanimation. La pensée professionnelle de cette classe de discours est constitutive d'une reconnaissance, d'une identification des soins douloureux dans leur dimension physique et psychologique. Ces sujets ont conscience que des soins comme la « toilette », la « mobilisation, le lever, le transfert lit-fauteuil », la « manipulation », le « toucher » génèrent de la douleur chez des patients fragilisés et diminués. Dans cette classe, les sujets occultent dans leur discours l'environnement technique et complexe de l'unité de soin pour se centrer sur leur rôle propre, et sur une pratique soignante axée sur le bien-être et le confort de la personne soignée.

### **Considérations conclusives :**

Dans le discours recueilli auprès des professionnels de santé nous retrouvons la signification prégnante d'une pensée professionnelle, articulée autour de deux approches.

L'une centrée sur l'agir, la prise de distance émotionnelle, l'opérationnalisation technique, en intégrant la prise en charge de la douleur dans une visée techniciste. L'autre centrée sur le désir et la volonté de « prendre soin » de la personne soignée dans une visée humaniste et existentialiste, en intégrant « *la douleur induite par les soins* » dans une prise en charge relationnelle centrée sur le confort, l'écoute, l'humanité.

Cette enquête nous révèle que le soignant ancre son action professionnelle à la fois, à partir d'une lecture lucide des situations de soins, dans une approche historique, sociale et culturelle, tout en s'appuyant sur les moyens médicamenteux ou non médicamenteux existants. Cette action professionnelle ainsi révélée traduit le passage d'une appréhension de « *la douleur induite par les soins* » plutôt clivée symboliquement en fonction de l'appartenance groupale et du contexte professionnel à une appréhension singulière où l'engagement de chacun (de l'aide-soignant au médecin) est centrale.

Oui, « *ce que je suis (moi soignant) influence ma manière de prendre en charge la douleur* ». Cette réalité doit être reconnue et prise en compte dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.

**Remerciements à l'ensemble des membres de la cellule douleur provoquée :** Arséguet E., Bessedé C., Blazi P., Daydou S., Furton C., Fuzier V., Ladrech D., Monge MC., ParéraK., Quintard M., Rigau S., Segonds M.

### **Bibliographie :**

BATAILLE, M., et al., « Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles », in *L'année de la Recherche en Sciences de l'Education*, Paris, PUF, 1997, pp. 57-89.

DOISE, W., *L'explication en psychologie sociale*, Paris, PUF, 1982.

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

MOSCOVICI, S., (sous la direction de.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, coll. Quadrige – Manuels, 2003.