

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Impact des connaissances et
croyances des infirmiers en psychiatrie sur l'évaluation de la douleur chez les
patients atteints de schizophrénie : une étude qualitative.**

Auteur : Hamzane, Sofia

Promoteur(s) : LIBBRECHT, Dominique

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/18542>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Impact des connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie
sur l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de
schizophrénie : une étude qualitative

Mémoire présenté par **Sofia HAMZANE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé publique

Année académique 2022-2023

Impact des connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie
sur l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de
schizophrénie : une étude qualitative

Mémoire présenté par **Sofia HAMZANE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de Santé publique

Promoteur : **Dominique LIBBRECHT**

Année académique 2022-2023

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer mes sincères remerciements au Dr Libbrecht, ma promotrice de mémoire, pour son soutien et ses orientations, précieux tout au long de cette aventure académique.

Je voudrais également exprimer ma profonde gratitude envers les experts du domaine de la douleur chez les patients en psychiatrie, qui ont accepté de partager leurs connaissances et leurs précieux conseils. Un grand merci aux Dr Saravane, Dr Hallouche, Dr Marchand, Dr Potvin, et Dr Serra pour leurs expertises dans le domaine de la douleur chez le patient schizophrène.

Je tiens également à exprimer ma sincère gratitude envers les infirmiers en psychiatrie qui ont accepté de partager leur expérience et leur expertise en répondant à mes questions lors des entretiens. Je leur suis très reconnaissante pour leur collaboration précieuse. Leurs témoignages ont permis d'enrichir cette recherche et de la rendre plus concrète et pertinente.

Enfin, je ne saurais oublier d'exprimer ma profonde gratitude envers mon mari, ma famille et mes amis pour leur soutien inconditionnel et leur encouragement constant tout au long de ce parcours. Leur présence bienveillante et leur patience ont été des piliers solides qui m'ont permis de poursuivre cette recherche avec détermination.

RESUME

Introduction : La schizophrénie, une maladie mentale complexe qui touche une fraction de la population mondiale, est souvent caractérisée par une sous-estimation de la douleur en raison de ses manifestations atypiques. Pourtant, les schizophrènes sont confrontés à des besoins spécifiques en matière de santé, compte tenu de la prévalence élevée de comorbidités et l'espérance de vie réduite d'environ 25 ans par rapport à la population générale (1). Ainsi, l'évaluation de la douleur revêt une importance cruciale, car elle peut révéler des problèmes de santé sous-jacents. Les infirmiers en psychiatrie, en première ligne lors de l'hospitalisation de ces patients, jouent un rôle essentiel dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur. L'impact des croyances et des connaissances des infirmiers sur l'évaluation de la douleur reste un domaine peu exploré qui va être approfondi à travers cette étude.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative phénoménologique a été menée, impliquant onze infirmiers travaillant dans des services de psychiatrie chronique au sein d'une clinique psychiatrique à Liège. Des entretiens semi-directifs ont été utilisés pour collecter les données. Enfin, une analyse thématique des entretiens a été réalisée.

Résultats : Cette étude révèle les défis complexes de l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes, suscitant impuissance et frustration parmi les infirmiers. Leurs discours révèlent un paradoxe : les plaintes douloureuses sont peu exprimées par ces patients, mais lorsque cela se produit, elles peuvent se manifester de manière excessive. Cette contradiction nourrit des divergences de croyances au sein du personnel infirmier : l'hypoalgésie et la somatisation de la douleur en sont les deux extrêmes. Pour surmonter ce paradoxe, les infirmiers déploient diverses stratégies d'évaluation, accordant une attention particulière à la recherche de la plainte douloureuse parmi de multiples indicateurs.

Conclusion: Accorder une véritable considération à la douleur, même lorsqu'elle diffère du ressenti du soignant, est primordial. Ainsi, en adoptant une approche holistique dans son évaluation, et en recherchant régulièrement et systématiquement sa présence, il est possible d'améliorer la prise en charge chez le patient schizophrène.

Mots-clés : schizophrénie – douleur – expression de la douleur – évaluation de la douleur.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia, a complex mental illness that affects a fraction of the global population, is often characterized by an underestimation of a patient's pain due to its atypical manifestations. However, individuals with schizophrenia face specific healthcare needs, given the high prevalence of comorbidities and a life expectancy approximately 25 years lower than that of the general population (1). Therefore, pain assessment is of crucial importance as it can reveal underlying health issues. Psychiatric nurses, at the forefront of care for hospitalized schizophrenia patients, play an essential role in pain assessment and management. The impact of nurses' beliefs and knowledge on pain assessment remains an underexplored area, which this study aims to investigate.

Materials and methods: A qualitative phenomenological study was conducted involving eleven nurses working in chronic psychiatry services within a psychiatric clinic in Liège. Semi-structured interviews were employed to collect data. Finally, a thematic analysis of the interviews were performed.

Results: This study reveals the complex challenges of pain assessment among schizophrenia patients, resulting in feelings of powerlessness and frustration among nurses. Their narratives uncover a paradox: painful complaints are infrequently expressed by patients, but when they are, they can be excessively manifested. This contradiction gives rise to divergent beliefs among nursing staff, with hypoalgesia and somatization of pain representing two extremes. To overcome this paradox, nurses employ various assessment strategies, paying particular attention to identify patient complaints amidst multiple pain indicators.

Conclusion: Giving genuine consideration to pain, even when it differs from the caregiver's perception, is paramount. Thus, by adopting a holistic approach in pain assessment and regularly and systematically seeking its presence, patient care can be improved for individuals with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia – pain – pain expression – pain assessment.

ABREVIATION

IASP	International Association for the Study of Pain
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
KABP	Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practice
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
EDAAP	Évaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé

TABLE DES MATIERES

1. Préambule	1
2. Introduction.....	2
2.1. Contexte général : la prise en charge de la douleur, un enjeu récent	2
2.2. La définition de la douleur : de l'objectivité à la subjectivité.....	3
2.3. Les facteurs influençant la prise en charge de la douleur	4
2.4. La prise en charge de la douleur chez les patients atteints de troubles psychiques : le cas des patients schizophrènes	5
2.5. Problématisation : Croyances et connaissances au cœur de l'évaluation de la douleur chez le patient schizophrène.....	7
3. Modèle d'analyse proposé	9
3.1. La compréhension du comportement d'évaluation de la douleur au travers du modèle KABP	9
3.2. Objectifs.....	10
4. Matériel et méthode	11
4.1. Type d'étude.....	11
4.2. Population et méthode d'échantillonnage.....	11
4.3. Méthode d'échantillonnage	12
4.4. Paramètres étudiés.....	12
4.5. Outils de la collecte des données	13
4.6. Organisation et planification de la collecte des données	13
4.6.1. Recrutement	13
4.6.2. Collecte de données.....	14

4.7.	Traitement des données et méthodes d'analyse	14
4.7.1.	Contrôle qualité	15
5.	Aspects réglementaires	16
6.	Résultats	16
6.1.	Analyse démographique de l'échantillon	16
6.2.	Analyse thématique.....	17
6.2.1.	Quand la douleur devient une énigme : les croyances antinomiques autour de la douleur du patient schizophrène	17
6.2.1.1.	Les croyances d'hypoalgésie chez les patients schizophrènes.....	17
6.2.1.2.	Entre réalité et hallucinations : Quand la douleur des patients schizophrènes est mise en doute	19
6.2.1.3.	Quand l'acceptation de l'expertise du patient se heurte à des résistances ..	21
6.2.2.	Entre croyances et réalité du terrain : la question complexe de l'attitude à adopter face à la douleur du patient schizophrène.....	22
6.2.2.1.	L'hypervigilance des soignants face à la douleur supposée inexistante chez les patients schizophrènes.....	23
6.2.2.2.	Entre risque de sous-estimation et volonté de bien faire : l'équilibre fragile entre scepticisme et bienveillance.....	24
6.2.3.	L'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes : remise en question de l'utilisation de l'échelle standard de 0 à 10 et pistes de réflexion.....	27
6.2.3.1.	Les difficultés de quantification de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie	27
6.2.3.2.	L'importance de l'observation et de la connaissance du patient pour une évaluation plus efficace de la douleur	28

6.2.3.3. Réinventer l'évaluation de la douleur chez les schizophrènes : alternatives aux échelles de 0 à 10, préconisées par les infirmiers	30
7. Discussion	31
7.1. Interprétation	31
7.2. Biais, limites et forces	33
7.3. Perspectives en santé publique	34
8. Conclusion	35
Références bibliographiques	36
Annexe 1 : Guide d'entretien	42
Annexe 2 : Guide d'entretien réadaptée.....	45
Annexe 3 : Arbre thématique.....	49
Annexe 4 : Demande d'avis au comité d'éthique	50
Annexe 5 : Réponse du Collège des Enseignants	54
Annexe 6 : Réponse du comité d'éthique	55
Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement	56
Annexe 8 : Caractéristiques complètes des participants	61

1. PRÉAMBULE

Au cours de mon parcours professionnel en tant qu'infirmière en psychiatrie, j'ai été confrontée à de nombreuses situations où la douleur était au cœur des préoccupations des soignants. Que ce soit en France, où j'ai commencé ma carrière, ou en Belgique, où je l'ai poursuivie, j'ai réalisé que les difficultés liées à la prise en charge de la douleur ne se limitaient pas à un seul contexte géographique, mais s'étendaient à diverses institutions de soins.

Cependant, c'est en observant des situations délicates et parfois tragiques, où la douleur des patients atteints de schizophrénie passait souvent inaperçue ou était mal évaluée, que j'ai pris la pleine mesure des défis spécifiques et souvent négligés dans la prise en charge de la douleur chez ce type de patient. Ces expériences ont profondément marqué ma pratique et ont renforcé ma détermination à comprendre les raisons derrière ces lacunes.

Face à l'impuissance que j'ai ressentie devant ces situations, j'ai cherché à comprendre comment observer et interpréter les manifestations de la douleur chez ces patients. J'ai décidé d'approfondir mes connaissances et me pencher activement sur ce sujet. Ces expériences professionnelles ont renforcé ma conviction quant à l'importance de traiter la douleur chez cette population souvent stigmatisée et marginalisée.

En utilisant une méthodologie qualitative, j'espère approfondir notre compréhension de cette problématique complexe et encourager une réflexion au sein de la communauté soignante. À travers cette étude, mon objectif est non seulement de contribuer au savoir scientifique existant, mais aussi de sensibiliser les professionnels de santé quant à l'importance de reconnaître et d'évaluer correctement la douleur chez les schizophrènes.

Je suis convaincue que l'identification précoce et la prise en charge appropriée de la douleur peuvent jouer un rôle crucial dans l'amélioration des résultats désastreux en ce qui concerne l'espérance de vie chez les patients atteints de schizophrénie. En partageant mes recherches et mes réflexions, j'espère contribuer à un changement positif et à une meilleure qualité de vie pour ces patients qui méritent une attention particulière et des soins attentifs.

2. INTRODUCTION

2.1. Contexte général : la prise en charge de la douleur, un enjeu récent

Autrefois, la douleur était considérée comme une fatalité, un destin inéluctable lié au péché originel et à son châtement (2,3). Tout individu a expérimenté ou expérimentera la douleur. Dans la traversée de la vie, de la naissance à la mort, la douleur accompagne le corps et la psyché. À l'heure actuelle, la douleur n'est plus considérée comme une fatalité, car la physiopathologie de celle-ci est davantage connue et maîtrisée (4). La lutte contre la douleur est, de ce fait, devenue une priorité de santé publique dans de nombreux pays (5). À l'échelle mondiale, il est estimé qu'un adulte sur cinq souffre de douleurs chroniques et qu'un adulte sur dix reçoit un diagnostic de douleur chronique chaque année (6). En Belgique, on considère qu'environ un citoyen sur quatre (23 %) souffre de douleur chronique (7). Depuis 2002, le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental pour toute personne. Ce dernier s'inscrit dans la loi relative aux droits des patients (8). Aussi, il est intéressant de noter que, depuis 1995, la douleur fait partie intégrante de la liste des signes vitaux primordiaux, au même titre que la température, la pression artérielle, la fréquence cardiaque et respiratoire (9). Il est donc recommandé, voire nécessaire, d'évaluer de manière systématique la douleur lors des bilans périodiques des patients hospitalisés afin que l'institution puisse respecter les critères de norme de qualité.

Un rapport sur la prise en charge de la douleur, publié par le service public fédéral de Belgique, expose les répercussions de la douleur chronique sur la qualité de vie globale des patients concernés (7). Il pose le constat de modifications importantes, tant au niveau biologique, psychologique que relationnel dues à cette douleur. Ces modifications peuvent entraîner une perte d'emploi, une dépression, ou encore des pensées suicidaires. Cette enquête souligne aussi les répercussions économiques de la douleur, conséquences des incapacités de travail et des frais médicaux directs et indirects.

2.2. La définition de la douleur : de l'objectivité à la subjectivité

La définition actuelle la plus reconnue de la douleur physique est celle proposée par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) qui s'efforce de considérer le caractère polymorphe de la douleur : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans les termes évoquant une telle lésion » (10). Cette définition souligne la subjectivité de la douleur, qui est une expérience unique, personnelle qui fait appel aux différents sens du patient. De ce fait, la douleur ne peut être envisagée qu'au regard du vécu et de la situation de la personne concernée. Son évaluation n'est donc possible que via l'interprétation que le soignant réalise à partir de ce que le patient laisse transparaître.

Il est impossible de connaître avec précision les sensations d'autrui, car la douleur repose sur la capacité propre à chacun de transformer des stimuli sensoriels en signaux d'alerte plus ou moins perceptibles. Qu'il existe un dommage tissulaire ou non, la douleur est liée à des émotions négatives suffisamment fortes pour celui qui l'exprime, la rendant authentique à ses yeux. Cette perspective introduit l'importance de la relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient, particulièrement lorsque ce dernier doit exprimer la douleur qu'il ressent. Ce faisant, il peut la rendre plus aisément objectivable. Enfin, par sa définition, l'IASP introduit également l'aspect multidimensionnel de la douleur.

En 2020, l'IASP révisé sa définition initiale et y ajoute un certain nombre de notes clés, dont une qui paraît particulièrement importante : « la description verbale n'est qu'un des nombreux comportements permettant d'exprimer la douleur, l'incapacité à communiquer n'exclut pas la possibilité qu'un être humain ou un animal non humain éprouve de la douleur » (11). Pourtant, malgré cette diversité des expressions possibles de la douleur, les professionnels de santé ont le devoir de l'évaluer aussi objectivement que possible et de tenter de la soulager au mieux. Lorsque le patient est communicant, cette évaluation se fait au moyen d'échelles d'auto-évaluation (12). Ces dernières permettent de mesurer l'intensité de la douleur d'un point de vue propre à l'individu en question. Il existe, par ailleurs, des échelles d'hétéroévaluation permettant d'apprécier quantitativement et qualitativement les différents aspects de la douleur pour des patients avec lesquels la

communication s'avère généralement plus ardue (comme les enfants, les personnes âgées ou encore les personnes en situation de handicap) (12).

2.3. Les facteurs influençant la prise en charge de la douleur

Plusieurs spécialistes de la douleur invitent les professionnels de santé à décoder la douleur. Ils doivent se fonder uniquement sur ce qui est exprimé par le patient sans que les attitudes des professionnels de santé viennent interférer dans leur évaluation de celle-ci (13,14).

Cependant, dans les faits, de nombreuses études basées sur des techniques de neuro-imagerie relèvent l'influence de plusieurs facteurs dans la modulation de la réponse cérébrale et comportementale d'un individu face à la douleur d'autrui (15,16).

L'article intitulé « Revue des facteurs qui modulent les réponses cérébrales et comportementales à la douleur d'autrui » recense les travaux antérieurs relatifs aux facteurs susceptibles d'influencer les réponses comportementales et cérébrales face à la douleur d'autrui (17). Il y apparaît que l'interprétation de la douleur par l'observateur est influencée par des facteurs liés à l'observateur lui-même, comme le sexe de l'évaluateur ou encore son exposition antérieure à la douleur d'autrui (17). En effet, les hommes prestataires de soins tendent à sous-estimer davantage la douleur d'autrui que les femmes. À l'inverse, une exposition longue et régulière à la douleur d'autrui entraîne une sous-estimation de celle-ci. L'interprétation est également influencée par l'état de douleur de l'observateur ainsi que par ses propres expériences antérieures de la douleur : le fait de ressentir de la douleur lorsqu'on observe la douleur chez autrui peut entraîner une surestimation ou une sous-évaluation de son intensité (13,17).

En outre, des études montrent que le décodage de la douleur est également influencé par des facteurs liés à la personne observée. Ainsi, les observateurs ont tendance à sous-estimer la douleur des femmes contrairement à celle des hommes (13,18). Il en va de même concernant l'âge des personnes : les personnes âgées et les enfants subissent une sous-évaluation de leurs douleurs. Aussi, le mode d'expression de la douleur exerce une influence sur son évaluation, car les professionnels de santé ont tendance à se fier davantage à l'expression faciale qu'aux expressions verbales de la douleur (13).

Enfin, la construction de la perception et l'évaluation de la douleur par l'observateur sont influencées par des facteurs liés au contexte et à l'aspect relationnel, tels que la nature de la pathologie, le groupe d'appartenance (notamment ethnique) ou encore la qualité de l'interaction entre l'évaluateur et la personne qui ressent la douleur (19).

Ainsi, lorsqu'une personne exprime sa douleur, le soignant qui reçoit cette information est affecté par de nombreuses variables qui jouent un rôle important dans la réponse aux messages douloureux. Cela peut se traduire de différentes manières : comportement d'aide, comportement d'indifférence ou encore comportement d'évitement (13).

2.4. La prise en charge de la douleur chez les patients atteints de troubles psychiques : le cas des patients schizophrènes

On peut noter que l'évaluation de la douleur est un phénomène complexe, déjà difficile à évaluer auprès de patients sans troubles de la communication, en raison, d'une part, de la variabilité de son expression d'un individu à l'autre et, d'autre part, des diverses variables pouvant influencer son encodage et son décodage. Mais lorsque la douleur est associée à un état de santé mentale défaillant, l'évaluation de la douleur représente un défi encore plus important (20).

En effet, malgré une évolution considérable de la connaissance des mécanismes de la douleur, force est de constater qu'un retard manifeste subsiste lorsqu'il s'agit de l'évaluer et de la prendre en charge en psychiatrie générale. Une enquête datant de 2005 montre que 70 % des chefs de service de psychiatrie estiment que la prise en charge des problèmes physiques n'est pas satisfaisante ; 75 % estiment que leurs équipes ne sont pas formées à la prise en charge de la douleur et un malade sur trois en psychiatrie estime qu'il n'a jamais eu accès à une prise en charge « compétente » de sa douleur (21,22).

Ces dernières années, un certain nombre d'études ont tenté d'identifier les différents éléments qui complexifient l'évaluation et la prise en charge de la douleur chez les patients atteints de troubles psychiques (23,24).

On peut noter tout d'abord des facteurs liés au système de santé qui sépare les soins somatiques et psychiatriques. En effet, la douleur en psychiatrie semble difficilement prise en considération, reléguée au second plan par rapport aux problèmes psychiatriques

prédominants (25). Selon les conclusions du Dr D. Saravane, spécialiste reconnu de la douleur en santé mentale, la prise en charge de la douleur n'a jamais été une priorité des hôpitaux psychiatriques (22). Il souligne avec regret que « l'approche globale du patient » n'est malheureusement « pas une priorité » (22). De plus, cette situation est également influencée par des facteurs liés aux soignants comme un déficit dans leur formation aux pathologies mentales, un manque de temps, de personnel ou encore des croyances erronées (25). Enfin, d'autres facteurs, liés aux patients, semblent pertinents à relever : une altération de la pensée et du discours, une perte d'autonomie, un mode de vie souvent à risque et un rapport complexe au corps (24,25).

Si l'évaluation et la prise en charge de la douleur en santé mentale apparaissent ainsi clairement comme un défi majeur pour les soignants, et avant tout pour le corps infirmier, une pathologie mentale semble particulièrement intéressante à discuter dans le cadre de ces réflexions : la schizophrénie. En effet, outre les difficultés citées précédemment, un élément supplémentaire vient d'autant plus complexifier la prise en charge de la douleur chez les patients schizophrènes : leur supposée hypoalgésie, définie comme une diminution de la perception et de la réactivité à la douleur (26,27).

Toutefois, les études sur la perception de la douleur chez les patients schizophrènes présentent des résultats divergents. Selon une méta-analyse récente datant de 2023, il n'y a pas de différence notable en termes de sensibilité à la douleur entre ces patients et des individus sans trouble schizophrène. Néanmoins, cette étude a relevé que ces patients peuvent manifester une hypersensibilité à la douleur lorsqu'ils sont exposés à des stimuli douloureux mécaniques (28).

Ces divergences de résultats mettent en évidence la complexité de la prise en charge de la douleur chez les patients schizophrènes. D'autant plus que de nombreuses études cliniques et épidémiologiques qui se sont intéressées de manière précoce à la perception de la douleur chez les patients schizophrènes ont montré que de nombreux patients schizophrènes ne ressentent pas de douleurs dans des situations où elles devraient normalement être présentes. Parmi ces études, celle de Marchand montre que dans 82,5 % des cas, l'infarctus était indolore lors de sa phase initiale et que 67,5 % des personnes observées ne ressentaient toujours pas de douleur après 24 h (29).

C'est également le cas de pathologies nécessitant une prise en charge chirurgicale urgente, telles que l'appendicite aiguë, la perforation ulcéreuse et la fracture du col du fémur (30). Ces pathologies sont souvent associées à une hypoalgésie chez le patient atteint de schizophrénie, ce qui retarde leur prise en charge médicale. Par ailleurs, des observations d'automutilations impressionnantes ont également été rapportées sur des patients qui semblent être dans un état « d'analgésie psychotique » (31). Ainsi, étant donné les différents éléments exposés précédemment, il est plus aisé de concevoir le fait que le risque de décès prématuré est deux à trois fois plus élevé chez les sujets atteints de schizophrénie par rapport à la population générale (32). Cette mortalité prématurée est liée à des maladies somatiques, notamment cardiovasculaires, métaboliques ou infectieuses (33). Ces maladies potentiellement évitables ont un pronostic généralement moins favorable du fait de leur détection retardée (sous-évaluation de certains signes d'alerte comme la douleur). En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fixé comme objectif de réduire d'un tiers cette mortalité prématurée d'ici 2030 (34).

En Belgique, un rapport du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) datant de 2021 affirme la pertinence de ce problème qui n'a pas été résolu depuis une quinzaine d'années. Les soins somatiques restent insuffisants et la prise en charge de la douleur est sous-optimale chez les patients atteints de troubles psychiques graves tels que les patients schizophrènes (25).

2.5. Problématisation : Croyances et connaissances au cœur de l'évaluation de la douleur chez le patient schizophrène

L'évaluation de la douleur, étape préliminaire essentielle, conditionne une prise en charge efficace du patient. En effet, son intérêt est multiple : une meilleure évaluation de la douleur permettrait, dans le cas des patients atteints de schizophrénie, de réduire les délais de traitement et les complications, favorisant ainsi une meilleure prise en charge globale du patient (1).

Néanmoins, procéder à une évaluation de la douleur chez le patient schizophrène représente un défi de taille en raison des particularités inhérentes à la pathologie psychiatrique elle-même. La complexité de la symptomatologie et les spécificités de communication de la plainte douloureuse, en lien avec les symptômes positifs tels que les idées délirantes et les hallucinations cénesthésiques, rendent cet exercice délicat (35,36).

De surcroît, les symptômes négatifs, tels que l'amotivation, l'avolition et l'émoussement affectif, peuvent également entraver l'expression de la douleur (37).

De plus, il est indispensable de considérer l'impact des traitements antidépresseurs et psychotropes sur la modulation de la douleur chez ces patients. Certains peuvent avoir des effets analgésiques ou, au contraire, altérer la perception de la douleur. Toutefois, les résultats des études montrent des avis divergents à ce sujet, indiquant que la prise de neuroleptiques à elle seule ne peut pas expliquer la réponse diminuée à la douleur (38,39).

Dans ce processus décisionnel relatif à la gestion de la douleur, l'infirmier joue un rôle crucial. En effet, la détection des manifestations douloureuses ainsi que leur prise en charge font partie intégrante du rôle propre de l'infirmier. En raison de sa proximité quotidienne avec le patient, l'infirmier occupe une position privilégiée (40–42).

Parmi les facteurs influençant l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, les croyances et les connaissances vis-à-vis de la schizophrénie comptent parmi les principaux déterminants dans les pratiques d'évaluation de la douleur (25). Dans ce contexte, l'évaluation de la douleur représente un véritable défi qui revêt une pertinence cruciale.

Ainsi, la question de recherche de la présente étude est la suivante : dans quelle mesure les connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis de la schizophrénie influencent-elles l'évaluation de la douleur chez cette population ?

3. MODÈLE D'ANALYSE PROPOSÉ

3.1. La compréhension du comportement d'évaluation de la douleur au travers du modèle KABP

Le modèle d'analyse qui semble le plus s'approcher des concepts à aborder dans cette recherche est le modèle « KABP » (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practice), soit en français : connaissances, attitudes, croyances et pratiques (43). Initialement, ce modèle cherche à comprendre les comportements en matière de santé en favorisant l'explication des comportements individuels par les processus cognitifs (43). Cependant, dans le cadre spécifique de cette étude, des modifications ont été apportées afin de se concentrer spécifiquement sur la compréhension de la manière dont les processus cognitifs, tels que les croyances et connaissances des infirmiers en psychiatrie concernant la schizophrénie, interviennent dans leur pratique ; et notamment en ce qui concerne l'évaluation de la douleur chez cette population.

Lors de la construction du modèle d'analyse, le chapitre « Moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale » (36) a été une ressource précieuse pour identifier les éléments pertinents à prendre en compte. Ainsi, ce modèle prend en compte les croyances et connaissances des infirmiers relatives à la symptomatologie de la schizophrénie. De plus, il s'intéresse aux spécificités de communication du patient schizophrène susceptibles d'interférer avec l'évaluation de sa douleur par le corps infirmier. Les données démographiques comme le sexe, l'âge ou les formations complémentaires sur la douleur ou la santé mentale pouvant agir comme facteurs confondants dans l'étude, il semble essentiel de les prendre en considération.

En optant pour ce modèle « bricolé », la recherche vise ainsi à approfondir la compréhension de ces processus cognitifs complexes et de leur impact sur la pratique infirmière lorsqu'il s'agit d'évaluer la douleur chez le patient atteint de schizophrénie.

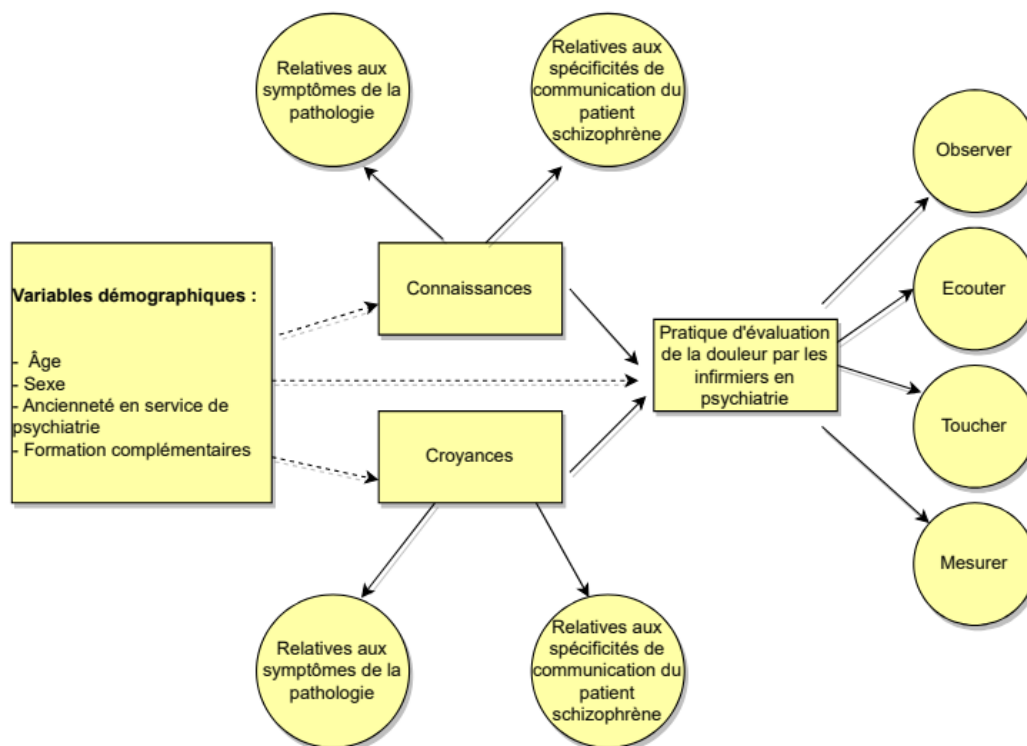


Figure 1 : Identification des mécanismes pertinents contribuant à la compréhension de l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, à travers l'influence des connaissances et des croyances des infirmiers en psychiatrie.

3.2. Objectifs

L'objectif général de cette recherche consiste à comprendre dans quelle mesure les connaissances et les croyances des infirmiers en psychiatrie concernant la schizophrénie interviennent dans leur pratique à travers le prisme de l'évaluation de la douleur chez cette population.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les croyances et connaissances facilitantes ou limitantes des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis de la schizophrénie pouvant impacter l'évaluation de la douleur chez cette population.
- Identifier les pratiques d'évaluation de la douleur des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis du patient schizophrène.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1. Type d'étude

L'objectif de recherche poursuivi s'inscrit dans une démarche qualitative basée sur un raisonnement inductif qui vise à remonter du singulier au général. Le but de cette étude consiste en la compréhension des mécanismes qui interviennent dans l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes. Ainsi, c'est la subjectivité du propos du locuteur et la singularité du sujet qui seront indispensables pour générer des hypothèses nouvelles et élaborer la construction théorique. L'objectif de cette étude s'inscrit dans un design phénoménologique, c'est-à-dire qu'il « vise la compréhension et la description de l'expérience humaine, telle qu'elle est vécue par la personne » (44). La volonté de cette étude est d'explorer en profondeur le vécu des infirmiers en psychiatrie quant à l'évaluation de la douleur du patient schizophrène, au travers de leurs croyances et de leurs connaissances de la pathologie. Cette étude est menée à l'aide d'entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données.

4.2. Population et méthode d'échantillonnage

La population de cette étude comprend des infirmiers travaillant dans des services de psychiatrie chronique au sein d'une clinique de la région de Liège.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Infirmiers ayant donné leur consentement éclairé.
- Ancienneté d'au moins un an en service de psychiatrie chronique.
- Personnes ayant la capacité de comprendre, parler et écrire la langue française.
- Les infirmiers ayant une spécialisation en santé mentale.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les infirmiers travaillant dans un hôpital de jour psychiatrique, car une prise en charge ponctuelle des patients atteints de schizophrénie ne permettrait pas d'obtenir le même recul de la part des soignants que lors d'une hospitalisation « classique ».

4.3. Méthode d'échantillonnage

Dans un premier temps, la méthode d'échantillonnage « au jugé » est utilisée pour sélectionner les participants, en présentant aux chefs de services concernés les objectifs de l'étude et en recueillant leur avis sur les soignants qu'ils estiment pertinents à interroger en raison de leurs caractéristiques personnelles et de l'objectif de la recherche. Cette approche intentionnelle non probabiliste vise à obtenir une diversité d'opinions dans les données recueillies, permettant au chercheur de choisir les personnes susceptibles de fournir des informations riches et variées sur la problématique étudiée, conformément aux recommandations d'experts du domaine.

Dans un deuxième temps, une méthode d'échantillonnage non probabiliste basée sur le volontariat est mise en œuvre parmi les infirmiers jugés les plus pertinents pour l'étude. Les infirmiers travaillant dans les services de psychiatrie chronique sont contactés par l'intermédiaire des chefs de service concernés et invités à participer en fonction de leur disponibilité et accessibilité. Cette approche vise à obtenir un large éventail de participants.

4.4. Paramètres étudiés

Inspiré du modèle conceptuel *KABP*. Tableau 1 : Les concepts, dimensions et paramètres.

Concepts	Dimensions	Paramètres
Connaissances	<ul style="list-style-type: none">- Connaissances aidantes relatives aux symptômes de la pathologie.- Connaissances limitantes relatives aux symptômes de la pathologie.- Connaissances aidantes relatives aux spécificités de communication du patient schizophrène.- Connaissances limitantes relatives aux spécificités de communication du patient schizophrène.	<ul style="list-style-type: none">- Symptômes de la pathologie.- Mode de communication du patient atteint de schizophrénie.
Croyances	<ul style="list-style-type: none">- Croyances aidantes relatives aux symptômes de la pathologie.- Croyances limitantes relatives aux symptômes de la pathologie.	<ul style="list-style-type: none">- Symptômes de la pathologie.- Mode de communication du patient atteint de schizophrénie.

Pratiques
d'évaluation de la
douleur

- Croyances aidantes relatives aux spécificités de communication du patient schizophrène.
- Croyances limitantes relatives aux spécificités de communication du patient schizophrène.

- Interprétations et décryptage du message douloureux.

- Observer.
- Ecouter.
- Toucher.
- Mesurer.

4.5. Outils de la collecte des données

L'outil de collecte de données utilisé est un guide d'entretien semi-structuré (voir annexe 1) comprenant des questions ouvertes pour aborder les différents thèmes et sous-thèmes pertinents de l'étude décrits dans le tableau 1. Le guide d'entretien est conçu de manière à garantir que tous les sujets importants soient couverts lors des entretiens. L'ordre des questions est flexible, permettant ainsi d'adapter l'entretien en fonction du déroulement et des réponses données par chaque participant.

4.6. Organisation et planification de la collecte des données

4.6.1. Recrutement

Dans le cadre de cette étude, un premier contact avec la Clinique Notre-Dame des Anges via le médecin-chef a été initié. Ensuite, l'objectif de l'étude et des informations supplémentaires ont été envoyés à la cellule de recherche de la clinique afin de permettre à cette dernière de bien cerner les caractéristiques de la population étudiée.

Après discussion avec une représentante de la cellule de recherche, une réunion avec les chefs de service de la clinique a été planifiée afin d'exposer l'objectif de l'étude, les caractéristiques de la population étudiée et les modalités d'entretien. Cette réunion a permis de déterminer les infirmiers spécialisés en santé mentale qui seraient les plus susceptibles de répondre aux critères d'inclusion et fournir des informations pertinentes sur le sujet de l'évaluation de la douleur chez le patient atteint de schizophrénie.

Une fois cette étape franchie, les chefs infirmiers d'unités ont été informés et ont pu discuter avec les infirmiers susceptibles de participer à cette étude. Une fois que ces personnes ont donné leur consentement, des rendez-vous ont pu être pris.

4.6.2. Collecte de données

Pour mener à bien la collecte des données et dans un souci de respect de l'organisation des services, des contacts téléphoniques ont été établis avec les différents chefs d'unités afin de déterminer ensemble les jours les plus propices à la tenue des entretiens. Les infirmiers interrogés étaient répartis dans différents services de la structure. Ainsi, une salle a été mise à disposition dans chaque service où les infirmiers étaient en poste pour mener à bien les entretiens individuels.

L'ensemble des entretiens ont été étalés sur une période de cinq jours, eux-mêmes répartis sur un mois. Cette approche a permis une progression graduelle de la grille d'entretien en fonction des échanges avec les participants. Au total, vingt infirmiers ont été sélectionnés pour l'étude, et parmi eux, onze ont généreusement accepté d'y participer. La durée des entretiens individuels variait de 30 à 45 minutes, permettant ainsi une exploration en profondeur des différentes perspectives des participants.

Avant de débiter les entretiens, le formulaire de consentement a été soigneusement examiné avec les infirmiers pour assurer une compréhension claire des enjeux de la recherche. Un accord explicite a également été obtenu pour l'enregistrement des entretiens.

4.7. Traitement des données et méthodes d'analyse

Afin de traiter les données collectées lors de la recherche, une transcription intégrale et anonymisée des entretiens a été effectuée. Une première lecture a permis une analyse verticale pour identifier les grandes thématiques évoquées par les participants. Ensuite, une deuxième lecture plus approfondie des données a permis de trier et classer les verbatims (discours des participants) en utilisant une méthode de codification. L'analyse a été effectuée à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative, qui a permis une gestion efficace des données et une organisation rigoureuse des codes et des catégories en fonction des

différents participants. La catégorisation a ensuite permis de regrouper les codes de même nature dans des catégories plus larges et explicatives.

Dans le cadre de cette analyse, des liens entre les différentes catégories ont été envisagés et confirmés lorsque le phénomène de saturation des données a été atteint. Le plan d'analyse a permis de mettre en évidence les différents nœuds de sens majeurs à travers les résultats et de nourrir la question de recherche. Le caractère itératif de la recherche a été assuré en utilisant ces résultats pour adapter le guide d'entretien pour les entretiens suivants tout en s'assurant que le matériel émergent répondait à la question de recherche (voir annexe 2).

Enfin, afin d'offrir une synthèse claire et visuelle des thèmes majeurs et de leurs interactions, un arbre thématique a été élaboré, fournissant une vue d'ensemble de l'analyse (voir annexe 3).

4.7.1. Contrôle qualité

Dans cette étude, les critères de l'échelle COREQ « Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies » ont été pris en compte pour garantir la qualité scientifique de la recherche (45). Ainsi, pour assurer la qualité des données et des entretiens, plusieurs étapes ont été suivies :

Le guide d'entretien et les questions de relance ont été élaborés sur la base du cadre théorique et ont fait l'objet d'une validation et d'une révision après consultation d'experts dans les domaines de la douleur et de la schizophrénie. Cette étape a permis de s'assurer que le guide d'entretien était pertinent pour le sujet de l'étude, mais également de maximiser la qualité des entretiens.

Avant d'être utilisé pour les entretiens avec les participants, le guide d'entretien a été soumis à un pré-test auprès d'une personne répondant aux critères de sélection. Le participant a été invité à la fin de l'entretien à fournir des commentaires et des suggestions d'amélioration de la grille d'entretien. L'enregistrement de l'entretien a été analysé pour évaluer la qualité des réponses ainsi que la qualité de l'enregistrement.

Certaines questions ont dès lors été supprimées et d'autres ont été modifiées. Cette étape a permis d'identifier et de rectifier d'éventuels problèmes de compréhension ou de formulation des questions.

Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Cette méthode a permis de refléter de manière précise et complète le discours des participants. Les propos sous forme de verbatim ont été utilisés pour étayer la présentation des résultats, renforçant ainsi la crédibilité et la rigueur de l'interprétation des données et *in fine* la validité interne.

5. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Dans le cadre de cette étude qualitative, une consultation a été sollicitée auprès du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire Universitaire de Liège (voir annexe 4). Ce dernier a indiqué que l'étude ne relevait pas de la loi de 2004 sur les expérimentations humaines (voir annexes 5 et 6). Les participants ont été pleinement informés des objectifs de l'étude, donnant un consentement éclairé après signature d'un formulaire (voir annexe 7).

Les données collectées ont été traitées conformément à la loi du 25 mai 2018 relative au Règlement Général sur la Protection des Données. Ainsi, elles ont été anonymisées pour garantir la confidentialité des participants. Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité et seuls les membres de l'équipe de recherche ont eu accès aux données. Il convient de noter que l'assurance responsabilité civile du Département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège couvre cette étude, non soumise à la loi de 2004.

6. RÉSULTATS

6.1. Analyse démographique de l'échantillon

Genre : Sur les 11 participants, 8 sont des femmes, reflétant la prédominance féminine dans le secteur infirmier.

Âge et ancienneté : L'âge moyen des participants est de 39 ans. Leur ancienneté en psychiatrie varie de 7 à 32 ans, ce qui témoigne d'une diversité d'expériences.

Formations supplémentaires : Trois participants ont suivi des formations complémentaires, ajoutant une dimension supplémentaire à la diversité des réponses. Tous sont spécialisés en psychiatrie.

Pour un aperçu détaillé (voir annexe 8).

6.2. Analyse thématique

6.2.1. Quand la douleur devient une énigme : les croyances antinomiques autour de la douleur du patient schizophrène

6.2.1.1. Les croyances d'hypoalgésie chez les patients schizophrènes

La douleur est une expérience subjective qui peut être influencée par de nombreux facteurs, y compris les croyances individuelles. Au cours des entretiens avec les infirmiers travaillant avec des patients schizophrènes, plusieurs croyances ont été évoquées concernant la perception de la douleur par ces derniers, parmi lesquelles les croyances autour de l'hypoalgésie, suggérant une diminution de la perception de la douleur.

Cette croyance est souvent renforcée par le comportement de certains patients schizophrènes qui, bien qu'en proie à des douleurs physiques, semblent rencontrer des difficultés à les exprimer, laissant penser qu'ils sont moins affectés par celles-ci. Les participants ont évoqué des cas de patients souffrant de douleur, mais ne la signalant pas ou ne la percevant pas comme telle. Par exemple, on retrouve la mention de cas de patients atteints de blessures graves qui ne se plaignent pas et ne se rendent pas compte de la gravité de leur situation, même lorsque la douleur est associée à une infection.

Un témoignage d'une infirmière illustre parfaitement cette observation : « *Il y a un patient schizophrène qui a vu une podologue, qui lui a coupé l'ongle trop profondément. Ça arrive souvent que le patient ne se plaigne pas, et ça va s'infecter, s'infecter, et si on n'a pas un œil dessus, il ne dira rien* » (participante 2).

Dans cette lignée, une autre infirmière a rajouté : « *Tu as des patients schizophrènes avec des dents dans un état pitoyable, et tu te demandes comment ils font pour ne pas pleurer la nuit, tellement ça doit être douloureux, et ils ne vont rien te dire* » (participante 5).

Aussi, nombreux sont les infirmiers qui estiment que la perception de la douleur chez le patient schizophrène diffère de celle de la population générale. Certains ont relevé des absences dans la perception de sensations comme le chaud, le froid ou les brûlures. Ils ont aussi noté que certains patients, en dépit de blessures sévères comme des fractures osseuses, semblaient ne pas exprimer de douleur rendant difficile l'évaluation (participante 6).

Un élément qui a également été évoqué par les participants concerne l'anosognosie, une spécificité associée à la schizophrénie. Ce terme fait référence à l'incapacité des patients à reconnaître ou à être conscients de leur propre état de santé. Une participante a illustré cette idée en décrivant des patients comme étant totalement inconscients de leur situation, ignorant même leur état de schizophrénie. Selon elle, cette absence de conscience s'étend également à leurs douleurs et à leurs problèmes de santé potentiellement graves, tels que des troubles pulmonaires ou cardiaques. Elle a tenu à mettre en garde contre les risques potentiellement catastrophiques si ces douleurs ne sont pas correctement identifiées et prises en charge (participante 7).

Lorsqu'elle a été interrogée sur sa définition de la douleur chez les patients schizophrènes, cette même participante a qualifié cette sensation « d'inexistante » pour eux. Selon elle, les patients schizophrènes ne semblent pas connaître le concept même de douleur. Elle s'étonne du fait que malgré des blessures importantes, ces patients peuvent continuer leurs activités normales sans que cela les handicape dans leur fonctionnement (participante 7).

Certains infirmiers quant à eux évoquent la possibilité que les patients schizophrènes puissent avoir une tolérance accrue à la douleur en raison de leur pathologie. Une infirmière a avancé l'idée que ces patients pourraient développer un mécanisme de minimisation de la douleur, peut-être en lien avec la coexistence de différentes personnalités résultant de leur maladie. Elle conclut par ces mots : « *Je pense qu'ils doivent se former une carapace autour d'eux et qui ne leur permet pas de ressentir les choses comme nous* » (participante 9).

Enfin, une autre infirmière met en évidence l'importance de la douleur morale chez les patients schizophrènes, suggérant que cette forme de souffrance prédomine, reléguant ainsi la douleur physique à un rôle moins prégnant. Elle met l'accent sur ce point à travers les propos suivants : « *Alors moi, je dirais qu'il y a plus de douleurs morales que somatiques.*

La douleur morale, c'est vraiment la douleur de l'incompréhension de l'autre... On arrive à des situations où parfois ils vont se faire du mal avec des automutilations parce que la douleur morale est tellement importante que la douleur somatique, physique, n'a aucune importance à côté. » (participante 4).

Au vu de ces témoignages, il serait intéressant de se demander si les écrits médicaux relatifs à l'hypoalgésie auraient pu influencer, même de manière subtile, les perceptions des infirmiers à propos de la douleur ressentie par les patients schizophrènes. Au carrefour de ces perceptions, où la douleur chez les patients schizophrènes reste enveloppée de mystères, émergent d'autres croyances amplifiant sa complexité. Parmi celles-ci, l'idée que la douleur pourrait être simulée à la suite d'hallucinations intrigue particulièrement. Cette perspective suscite une remise en question de la part de certains soignants quant à la réalité même de la douleur chez les patients schizophrènes.

6.2.1.2. Entre réalité et hallucinations : Quand la douleur des patients schizophrènes est mise en doute

Les patients atteints de schizophrénie peuvent présenter des symptômes tels que des délires ou des hallucinations pouvant interférer avec leur perception de la douleur et rendre difficile la distinction entre la douleur réelle et la douleur hallucinée.

Un infirmier témoigne que certains patients peuvent ressentir des hallucinations au niveau de leurs doigts ou avoir le sentiment que leurs organes sont en train de mourir. D'autres peuvent éprouver des visions où ils se sentent envahis par « des bestioles » (participant 1). Cette ambiguïté complexifie l'évaluation de la douleur chez ces patients et constitue un défi pour les professionnels de la santé.

Une autre infirmière a partagé une expérience vécue, expliquant qu'il est difficile de déterminer si les douleurs rapportées par les patients schizophrènes sont réelles ou le résultat de leurs délires. Elle a ajouté : « *Après tu sais, on avait un patient qui disait qu'il avait une puce, c'est ça qui lui faisait des céphalées quoi. Maintenant, est-ce qu'il a vraiment des céphalées ou est-ce que c'étaient vraiment ses délires qui faisaient qu'il avait des céphalées ? Donc, c'est ça qui est difficile à déterminer.* » (participante 5). Ce sentiment d'ambiguïté est renforcé par une autre infirmière : « *Par exemple, on avait aussi une dame,*

mais il y a plus de 20 ans, qui avait une plaie, qui ne se plaignait jamais, pas d'antidouleurs. Elle disait : « non non, je n'ai pas mal », et on voyait que son visage se transformer au fur et à mesure des soins, mais elle disait : « ce n'est pas moi qui ai mal, c'est l'autre » » (participante 9).

Face à cette difficulté de dissociation entre la douleur authentique et la simulation chez les patients schizophrènes, certains infirmiers témoignent de leur méfiance et de leurs doutes quant à la véracité des plaintes douloureuses émises par ces patients. L'une d'entre eux déclare : *« Des fois, c'est difficile de savoir s'ils ont vraiment mal ou s'ils simulent juste »* (participante 11).

Ce scepticisme est partagé par d'autres infirmiers, l'un d'eux déclare : *« Il est difficile de savoir si leur douleur est réelle ou non, car ils ont des hallucinations qui peuvent les amener à exagérer ou minimiser leur douleur »* ; avant d'ajouter *« Ils peuvent dire qu'ils ont mal alors qu'il n'y a rien, ou inversement, ne pas se plaindre alors qu'il y a une vraie douleur. »* (participant 10).

Au-delà de l'apparente dualité entre douleur physique et hallucinations, certains infirmiers reconnaissent que la douleur psychologique et physique sont étroitement liées et peuvent s'influencer mutuellement. *« Quand le moral ne va pas, le physique ne va pas. Et on remarquait vraiment que quand un des deux s'améliorait, l'autre suivait en fait »*, a expliqué une infirmière en faisant référence à une expérience vécue avec une patiente (participante 8). Une autre infirmière a souligné que la douleur psychologique ne doit pas être négligée, car elle peut finir par se manifester sous forme de douleur physique réelle. *« Si on n'est pas bien dans sa tête, on a mal partout. Et si on a mal partout, on n'est pas bien dans sa tête. C'est un cercle vicieux »*, a-t-elle expliqué (participante 6).

Enfin, les infirmiers soulignent également l'importance de prendre en compte l'état mental du patient lors de l'évaluation de la douleur. Selon eux, la perception de la douleur chez les patients schizophrènes peut varier en fonction de leur état de stabilité psychique.

Les témoignages des infirmiers révèlent que la douleur chez les patients stabilisés peut présenter une perception plus « conventionnelle » de la douleur, se rapprochant davantage des réactions habituellement observées chez des individus non atteints de schizophrénie.

En revanche, les patients délirants peuvent être moins réceptifs ou au contraire majorer leur douleur en raison de leurs symptômes psychotiques. Une participante évoque cette distinction : « *Un patient stabilisé c'est plus simple parce qu'on peut davantage le prendre en charge comme une personne lambda, mais un patient qui est décompensé, qui est en pleine hallucination, c'est plus compliqué pour moi en tout cas* » (participante 2). Par son discours, l'infirmière invite à considérer l'état mental du patient pour une évaluation de la douleur précise. Faisant écho à cela, un autre infirmier insiste : « *Ce qui est primordial c'est l'état du patient, son état, on doit identifier ça. S'il est vraiment décompensé, alors là, ça risque d'être compliqué parce qu'il faut déjà que le patient accepte de parler parce qu'enfin, ce sont des brides d'idées qu'il va lâcher dans un moment T et après il sera peut-être renfermé* » (participant 1).

De ces échanges ressort la complexité de la douleur chez le patient schizophrène qui réside donc dans la difficulté à distinguer la douleur réelle de la douleur hallucinée d'une part, et dans l'influence réciproque entre douleur physique et morale d'autre part. Alors que nous naviguons entre réalité et hallucinations, dans un monde où la douleur des patients schizophrènes est sans cesse remise en question, une autre dimension émerge, celle de l'expertise du patient, qui soulève là encore un certain scepticisme.

6.2.1.3. Quand l'acceptation de l'expertise du patient se heurte à des résistances

La question de la reconnaissance de l'expertise du patient en matière de douleur suscite des débats chez les infirmiers. Certains plaident pour une évaluation uniforme, en affirmant ne pas faire de distinction entre la douleur ressentie par les patients atteints de schizophrénie et celle des patients souffrant d'autres troubles psychiatriques y accordant la même légitimité. Une des participantes a déclaré en ce sens : « *Moi, je ne dissocie pas plus la douleur chez un schizophrène que chez une personne bipolaire ou à la limite pour moi, c'est la même douleur, quoi... Il n'a pas moins mal parce qu'il est psychotique, ou il n'a pas plus mal parce qu'il est psychotique* » (participante 5). Dans la lignée de cette pensée, une autre infirmière a ajouté : « *Je n'ai pas de croyance, pour moi la douleur est la douleur* » (participante 8).

Cependant, cette même infirmière a souligné l'existence d'un décalage entre elle et ses collègues dans la perception de la douleur chez ces patients en raison de leur pathologie psychiatrique associée. « *Parfois, en réunion d'équipe, on me rappelle qu'il ne faut pas oublier la pathologie psychiatrique, ce qui peut me mettre un peu mal à l'aise* » (participante 8).

Cette observation soulève une question fondamentale quant à l'influence de l'environnement et de la culture professionnelle sur les croyances. Une infirmière explique que les infirmiers en psychiatrie, étant formés pour prendre compte la pathologie psychiatrique dans leur pratique, peuvent parfois se concentrer sur cet aspect au point d'en oublier que le patient reste avant tout un être humain, susceptible de souffrir de problèmes somatiques. Leur expérience peut les amener à développer des croyances selon lesquelles les patients schizophrènes ne ressentent pas réellement la douleur ou qu'ils sont incapables de l'exprimer correctement en raison de leurs symptômes (participante 8).

Il est important de reconnaître que la douleur physique peut coexister avec les symptômes psychiatriques, et que les patients schizophrènes, plus que n'importe quel individu, peuvent être touchés par des problèmes somatiques. Ainsi, cette douleur qui semble énigmatique, avec des croyances antinomiques, pousse à s'interroger sur l'attitude à adopter afin de l'évaluer de la meilleure des manières chez le patient schizophrène.

6.2.2. Entre croyances et réalité du terrain : la question complexe de l'attitude à adopter face à la douleur du patient schizophrène

Si la douleur est une expérience universelle, sa manifestation chez les patients schizophrènes reste largement méconnue et sujette à des croyances contradictoires. D'un côté, certains soignants ont tendance à croire que les patients atteints de schizophrénie somatisent leur douleur et que leur perception de celle-ci est exagérée. D'un autre côté, d'autres soignants ont tendance à croire que les patients schizophrènes ne ressentent pas de douleur, où qu'ils la minimisent. Face à ces croyances divergentes, deux attitudes se distinguent parmi les infirmiers interrogés.

6.2.2.1. L'hypervigilance des soignants face à la douleur supposée inexistante chez les patients schizophrènes

Au sein du corps infirmier, certains membres font preuve d'hypervigilance, pensant que les patients schizophrènes ne ressentent pas ou peu la douleur. Cette appréhension se traduit par une attention particulière à la douleur chez ces patients, par crainte de sous-estimer leurs souffrances ou de ne pas détecter une pathologie sous-jacente.

Une infirmière souligne que la douleur est un signal d'alerte émis par le corps qu'il ne faut pas négliger, car cela pourrait conduire à ne pas diagnostiquer des troubles somatiques sérieux et entraîner des transferts hospitaliers inutiles. Elle explique que les patients schizophrènes peuvent camoufler leurs symptômes, d'où l'importance de les observer attentivement pour détecter d'éventuels problèmes de santé. Elle illustre ces propos en racontant l'histoire d'un patient dont les problèmes de pieds n'avaient pas été détectés alors qu'ils étaient présents depuis deux mois et ce, car il ne se plaignait pas. Elle souligne ainsi la nécessité d'être plus attentif auprès de cette population, car ils peuvent ressentir de la douleur même s'ils ne la verbalisent pas. Elle exprime cette préoccupation en déclarant : *« Il ne faut pas laisser passer quoi que ce soit. Ils ne ressentent rien selon nous, mais ils doivent bien avoir mal. Quelqu'un de « normal » va venir se plaindre, on va essayer de résoudre le problème, trouver une solution. Mais là, forcément, s'ils ne disent rien, ils restent enfermés dans leur bulle, dans leur monde. C'est très compliqué »* (participante 9).

Dans cette optique, une autre infirmière souligne l'importance d'un contrôle régulier des paramètres physiques pour détecter des signes de détresse chez les patients schizophrènes. Elle affirme que de nombreux patients schizophrènes ne se rendent pas compte de certains symptômes, d'où l'importance de l'observation et de la prise de paramètres réguliers pour détecter d'éventuels problèmes de santé. Selon elle, cette démarche permet de découvrir des problèmes somatiques tels qu'une hypertension non diagnostiquée. Elle explique : *« Je pense que la prise de paramètres aussi, je ne dis pas qu'il faut la prendre tous les jours, mais je pense que des prises de paramètres régulières, c'est important. Il faut qu'il voie un médecin de temps en temps »* (participante 5).

Enfin, une autre participante souligne l'importance pour les infirmiers d'être en première ligne pour observer les patients schizophrènes. Elle met en évidence le fait que ces patients ont tendance à rarement se plaindre de douleur verbalement, ce qui soulève un défi supplémentaire dans leur prise en charge. Selon elle, les infirmiers doivent être attentifs aux signes physiques de détresse chez ces patients, car cela peut être un indicateur crucial de leur douleur, même en l'absence de mot pour l'exprimer. En ce sens, elle exprime cette idée en déclarant : « *Je pense que les infirmiers ne doivent pas perdre de vue que ce sont des patients qui ne se plaindront que très rarement de douleur. Et que c'est pour ça que c'est à eux d'être en première ligne, d'observer le patient schizophrène et de savoir sans avoir de mot* » (participante 7).

Ainsi l'absence de plainte chez les patients atteints de schizophrénie incite certains soignants à prendre très au sérieux les propos des patients concernant leur ressenti de la douleur. Comme l'a exprimé cette même infirmière : « *Pour moi, c'est une population qui ne simule pas. Chez eux, ce n'est pas possible qu'ils viennent avec des plaintes somatiques si ce n'est pas réel, parce qu'il n'y a pas de simulation, il n'y a pas de faux-semblant... Selon moi, si un patient schizophrène exprime de la douleur, c'est qu'il a vraiment, vraiment, vraiment mal. Donc je vais prendre en charge directement la plainte, la douleur, la prendre au sérieux, voir un peu ce qui se passe.* » (participante 7).

La prise en compte de la douleur chez les patients schizophrènes représente ainsi un défi délicat pour les soignants, oscillant entre hypervigilance face à l'hypoalgésie supposée de certains, et légèreté face aux délires hyperalgiques parfois impressionnants d'autres. Ainsi, il apparaît nécessaire de trouver un équilibre entre scepticisme et bienveillance.

6.2.2.2. Entre risque de sous-estimation et volonté de bien faire : l'équilibre fragile entre scepticisme et bienveillance

La complexité de la douleur chez les patients schizophrènes pose un véritable dilemme pour les soignants, comme précédemment souligné. Les infirmiers interrogés ont exprimé leur difficulté à distinguer la douleur réelle de la douleur hallucinée sans minimiser celle ressentie par ces patients, mettant en avant l'importance d'une approche bienveillante tout en maintenant un esprit critique.

Dans leurs témoignages, certains infirmiers ont souligné l'impératif d'écartier toute origine physique avant de conclure à une douleur hallucinatoire. Ils ont également insisté sur la nécessité d'entreprendre des enquêtes approfondies afin de vérifier la réalité de la douleur, tout en reconnaissant les difficultés inhérentes à la perception altérée de la réalité chez les patients schizophrènes.

Une infirmière a témoigné de cette délicate balance en ces mots : « *Tu vois de nouveaux patients en pleine crise, ils ont peut-être vraiment mal à la tête, ils font peut-être un vrai AVC, ils font peut-être un vrai problème cardiaque ou pas du tout, c'est leur délire, mais ça, tu dois être sûr que c'est délirant. Et je pense qu'avant de savoir si c'est délirant, tu dois exclure tout ce qui est physique* » (participante 5). Cette volonté de bien faire est une priorité pour une partie importante du corps infirmier, comme en témoigne sa déclaration suivante : « *On a une patiente pour le moment, elle a mal partout, alors tu as peur de passer à côté de quelque chose, parce que tu dis « elle a peut-être vraiment mal partout », donc tu la fais voir par le médecin systématiquement au début. Et puis tu te rends compte qu'au final, elle a déjà fait un check-up et que non, mais bon, par acquit de conscience, tu te dis toujours « la patiente ressent vraiment la douleur » » (participante 5).*

Dans la même verve, une autre infirmière reconnaît l'importance d'accorder du crédit aux déclarations des patients concernant leur douleur, car ils sont les mieux placés pour comprendre leurs propres sensations. Mais, se sentant parfois embarrassée lorsque l'évaluation clinique ne coïncide pas avec les dires du patient, elle va, dans sa volonté de bien faire, fournir au patient un traitement analgésique léger (paracétamol) malgré ses doutes. Elle le fera dans l'hypothèse que la douleur soit bien réelle. (participante 8).

Face à des patients schizophrènes pouvant confondre leur douleur psychique avec une douleur physique, les infirmiers font preuve d'une détermination sans faille. Ils réinterprètent, déchiffrent et reformulent les informations fournies par ces patients pour mieux comprendre leur douleur, adoptant ainsi une approche professionnelle empreinte d'empathie et de rigueur.

Dans cette optique, un infirmier a expliqué : « *Le but n'est pas de stigmatiser la schizophrénie, mais la perception de la réalité est tellement différente* ». Pour parler de la douleur d'un patient schizophrène, il a ajouté : « *il va peut-être les traduire autrement, il va peut-être dire « j'ai une migraine », alors que ce sont peut-être les voix qu'il entend perpétuellement, ce « bruit assourdissant »* » (participant 1).

Une autre infirmière met en évidence la nécessité d'une approche plus attentive envers les patients schizophrènes, comparativement aux patients non schizophrènes. Ces derniers peuvent exprimer leur douleur de manière plus claire, tandis que les patients schizophrènes peuvent le faire de manière moins explicite, demandant ainsi plus de temps et d'efforts pour comprendre leur expérience douloureuse. Elle explique : « *La personne schizophrène, non, il va falloir décortiquer et prendre plus de temps, je pense. Du coup, il y a tout un travail de réinterprétation, de décodage, de reformulation.* » (participante 3).

À travers les témoignages des infirmiers, on peut noter leur quête d'un équilibre entre scepticisme et bienveillance, adoptant ainsi une démarche professionnelle soucieuse de compréhension et d'adaptation pour évaluer correctement la douleur chez les patients schizophrènes. Leur engagement à fournir des soins optimaux demeure constant, bien que ces situations suscitent des émotions mêlées d'incompréhension, d'impuissance et d'empathie, rendant la gestion émotionnelle délicate.

Un infirmier a ainsi exprimé : « *Je n'ai pas vraiment de représentation, mais de l'appréhension* » avant de rajouter : « *Une personne lambda qui dit sur une échelle de douleur de 0 à 10 j'ai mal à 7. Pour le commun des mortels on va se dire c'est quand même important. Un patient schizophrène, dire sur une échelle de 0 à 10, je ressens une douleur à (...) Je vais regarder et dire est-ce que 0 ou déjà 2, c'est important pour lui ? Est-ce qu'il comprend cette échelle comme moi ? Il y a vraiment une forme d'impuissance.* » (participant 1).

Une autre infirmière exprime quant à elle sa compassion en ces termes : « *Tu te dis : « punaise, pauvre homme ou femme, il n'arrive pas à mettre le doigt sur le problème, il n'arrive pas à exprimer et dire que ça ne va pas, alors que peut-être il souffre »* » (participante 2).

6.2.3. L'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes : remise en question de l'utilisation de l'échelle standard de 0 à 10 et pistes de réflexion

Cet équilibre fragile entre scepticisme et bienveillance nécessite une réflexion approfondie sur l'utilisation de l'échelle standard de 0 à 10. À cet égard, il est essentiel d'examiner les difficultés de quantification de la douleur chez ces patients, l'importance de l'observation et de la connaissance du patient, ainsi que les pistes de réflexion proposées par les infirmiers pour « réinventer » l'évaluation de la douleur.

6.2.3.1. Les difficultés de quantification de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie

L'évaluation précise de l'intensité de la douleur est cruciale, car elle conditionne la prise en charge thérapeutique. Bien que l'échelle d'autoévaluation de la douleur standard de 0 à 10 soit largement reconnue et utilisée dans le milieu médical en raison de sa simplicité, plusieurs infirmiers ont exprimé des doutes quant à son utilisation. Selon eux, elle ne convient pas toujours au patient atteint de schizophrénie, car ils peuvent avoir du mal à quantifier leur douleur de cette manière en raison de leur perception altérée de la réalité.

Ainsi, lorsque l'on interroge une infirmière sur l'utilisation de l'échelle de la douleur, elle répond : *« Je l'utilise quand c'est possible car parfois, ils ne comprennent pas spécialement, ou alors je leur explique simplement avec leur propre dialogue, leur vocabulaire. J'essaie de m'adapter, c'est plutôt moi qui m'adapte à eux quoi... Je me vois mal sortir l'échelle de 0 à 10. Non, parce qu'après, il y a tout un travail de réinterprétation à faire. »* (participante 3).

Une autre infirmière a exprimé : *« C'est tellement propre à eux, je pense. Ils ont tellement leur monde. C'est déjà tellement compliqué parfois pour nous de définir notre douleur, et puis la douleur elle est propre à chacun. Je veux dire, il y en a qui vont dire : « j'ai un ongle incarné, j'ai mal à 8 sur 10 », et tu en as tu vas leur « arracher le bras », ils vont dire : « j'ai mal à 2 sur 10 ». C'est déjà compliqué pour nous, mais alors pour eux, qui ne vivent déjà pas dans le même monde et qui ne ressentent pas les choses de la même façon... », avant d'ajouter : « Je me vois mal dire à un patient schizophrène, sur une échelle de 0 à 10 : « Tu as mal à combien ? », il va te dire : « Je ne sais pas, 10 », alors que pour le même prix, il n'a pas mal, quoi. »* (participante 6).

Face aux difficultés de quantification de la douleur chez les patients schizophrènes, il devient primordial de prendre en considération l'importance de l'observation attentive et de la connaissance approfondie du patient afin d'aboutir à une évaluation plus précise de sa douleur.

6.2.3.2. L'importance de l'observation et de la connaissance du patient pour une évaluation plus efficace de la douleur

Pour pallier les limites d'utilisation de l'échelle de douleur standardisée auprès de cette population, les infirmiers suggèrent une approche personnalisée, basée sur l'observation attentive et la connaissance approfondie du patient. En effet, cette intimité construite avec le patient a été reconnue unanimement par les infirmiers comme étant un élément essentiel, car elle permet de détecter les changements subtils de comportement qui peuvent être des signes révélateurs de douleur. Une infirmière a illustré ce propos en expliquant : « *S'il vient vers toi et qu'il dit bonjour, qu'il pense à ses médicaments, qu'il est régulier, qu'il respecte les horaires, beh, tu vois qu'il a un rythme normal. Maintenant, par exemple, quand tu vois qu'il est en retard au déjeuner, en retard aux médicaments, là, tu vas te dire, attention, là, il faut peut-être plus de vigilance avec ce patient-là, cette patiente-là, parce que voilà, il n'a pas de fil conducteur dans sa vie* » (participante 2). Cette observation fine des comportements quotidiens permet ainsi de repérer les signaux de détresse chez les patients schizophrènes, qui pourraient ne pas exprimer ouvertement leur douleur.

En prenant en compte ces indices subtils, le personnel soignant peut identifier les patients à risque et leur fournir une attention particulière. Une autre infirmière souligne l'importance de la vigilance face aux changements de comportement : « *Un patient qui est stabilisé et qui va devenir plus agressif, etc. On se dit : « est-ce que c'est son traitement qui ne lui convient plus ou est-ce qu'il y a autre chose ? » Si son traitement vient d'être mis en place et que ça allait très bien, pourquoi est-ce que depuis un jour ou deux ça ne va pas ? Il n'y a pas de raison nécessairement psychiatrique pour que ça n'aille pas. On se dit qu'il y a autre chose* » (participante 6).

En complément, lorsqu'on interroge sur les facteurs facilitant l'évaluation de la douleur, une infirmière met en avant l'importance de la communication dans le processus de connaissance du patient. Elle déclare : « *c'est vrai que c'est à force de communiquer qu'on*

va pouvoir savoir, au fur et à mesure, mieux connaître la personne et donc, pourquoi pas, mieux cibler directement. Il y a des patients qu'on connaît depuis longtemps et on sait que s'ils se plaignent, ils n'ont peut-être pas aussi mal qu'ils le prétendent, car on les voit courir dans le parc. » (participante 8).

D'autres infirmiers ont souligné l'importance de l'observation à long terme du patient, en abordant tous les facettes de son comportement et de sa personnalité, englobant aussi bien les dimensions psychologiques que somatiques. Cette approche globale permet de mieux appréhender le patient dans sa complexité. Une infirmière a notamment évoqué l'importance de suivre le patient dans divers contextes, que ça soit dans son espace privé comme sa chambre ou lors de ses interactions avec son entourage. Par cette observation méticuleuse, les infirmiers peuvent repérer des changements subtils ou manifestes qui pourraient être des signes révélateurs de douleur non exprimée directement par le patient. (participante 4).

Cette approche demande de la patience et du temps comme le souligne justement un infirmier en déclarant : *« Je pense qu'il faut prendre le temps avec ces patients et ne pas vouloir avoir une réponse trop vite, parce qu'on ne l'aura pas. Donc vraiment prendre le temps, le temps d'observer, le temps d'écouter, le temps de voir s'il peut exprimer des choses et au final le temps de bien connaître son patient. »* (participante 7). Cette démarche, bien que longue et pouvant sembler décourageante de prime abord, est en réalité indispensable pour développer une compréhension profonde des besoins spécifiques du patient sur le long terme.

La prise de conscience de l'importance de l'observation et de la connaissance approfondie du patient pour évaluer efficacement la douleur chez les patients schizophrènes amène à considérer la nécessité de réinventer les méthodes d'évaluation traditionnelles.

6.2.3.3. Réinventer l'évaluation de la douleur chez les schizophrènes : alternatives aux échelles de 0 à 10, préconisées par les infirmiers

Plusieurs autres stratégies ont été mentionnées par les infirmiers afin de faciliter la détection de la douleur chez le patient atteint de schizophrénie.

Certains d'entre eux ont proposé des outils qu'ils estiment plus adaptés, tels que des outils plus visuels ou encore l'art comme moyen d'expression pour les patients.

« Moi, je pense que l'on devrait utiliser des outils comme on le fait chez les enfants avec des échelles. Maintenant, je ne sais pas, peut-être que là aussi, ils nous diraient 10 alors que ce n'est pas 10, mais ce serait, enfin j'ai l'impression qu'on pourrait vraiment développer un principe comme chez les enfants, mais peut-être pas avec des chiffres » (participante 6).

Une participante a expliqué : *« Si les patients sont envahis de symptômes négatifs et qu'ils ont une fibre artistique, on pourrait voir s'ils dessinent. Beaucoup de patients ont une fibre artistique et dessinent. On peut peut-être voir à travers leurs œuvres ce qu'ils expriment au final, et après, débriefer avec eux pour déjà voir si ça nous saute aux yeux. Sinon, leur demander de nous expliquer et voir si finalement, ce n'est pas leur projection et leur douleur qu'ils mettent sur toile »* (participante 8).

L'importance de la communication interprofessionnelle et de la collaboration pluridisciplinaire a été soulignée par les participants. Face à des situations d'évaluation de la douleur complexes, ils estiment essentiel de partager les observations et d'échanger avec d'autres membres de l'équipe.

Une infirmière dit en ce sens : *« Je vais en parler déjà avec ma collègue, je vais lui dire, « écoute voilà je suis face à cette situation et franchement là je n'arrive pas à détecter ». J'appelle le stagiaire médecin qu'il y ait comme une consultation, tu vois et si lui reste dans le doute, il appellera l'assistant psychiatre. On ne laissera pas le patient en souffrance en lui disant « arrêtez un peu ». On essaiera vraiment de trouver s'il y a réellement quelque chose »* (participante 2).

Certains infirmiers ont également suggéré l'implication de la famille ou des accompagnants pour obtenir des informations supplémentaires :

« Je trouve qu'on pourrait avoir plus de contact avec le milieu familial pour voir exactement ce que la personne a dit ou ressenti à l'extérieur, pour faire les liens et pour travailler en compliance environnementale » (participante 4).

Enfin, les infirmiers ont souligné l'importance de prendre en compte les comorbidités et les antécédents médicaux des patients schizophrènes lors de l'évaluation de leur douleur.

Une infirmière a expliqué : *« Ils peuvent avoir des douleurs somatiques diverses pour différentes raisons, soit parce qu'ils sont dans un isolement, c'est pas tellement confortable, donc voilà, ou alors ils sont sous une mesure de mise en observation, parfois ils ont été pris chez eux et on a dû les contentionner ou pas, ça aussi ça peut entraîner des douleurs »* avant d'ajouter : *« Ça dépend aussi des maladies somatiques qui pourraient se greffer sur la schizophrénie, parce qu'il n'y a pas que la schizophrénie »* (participante 4).

Une autre infirmière a complété en disant : *« Il y a aussi des symptômes associés qui font que tu peux t'orienter vers telle ou telle chose »* (participante 6).

Dans l'ensemble, ces différentes stratégies proposées par les infirmiers visent à améliorer l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes en prenant en compte leurs particularités et en favorisant une approche pluridisciplinaire.

7. DISCUSSION

7.1. Interprétation

L'étude met en évidence les défis complexes auxquels les infirmiers en psychiatrie sont confrontés lors de l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie. Les entretiens réalisés avec les infirmiers ont révélé leur sentiment d'impuissance et de frustration face à la douleur chez ces patients, confirmant ainsi les problématiques soulevées dans la littérature existante (23,46,47).

La douleur chez les patients schizophrènes peut être doublement déroutante pour les soignants. D'une part, la sous-expression des plaintes douloureuses peut amener les infirmiers à ne pas reconnaître la présence de la douleur (48–50). D'autre part, certains patients peuvent présenter des manifestations de douleur atypiques, exagérées ou

inhabituelles, ce qui peut compliquer davantage l'évaluation de la douleur et inciter les infirmiers à minimiser sa présence (51–53).

De plus, les entretiens avec les infirmiers ont souligné les liens étroits entre la douleur morale et la douleur physique chez les patients schizophrènes. Ces liens complexes ont été confirmés par la littérature, démontrant que la douleur morale peut influencer la perception de la douleur physique et vice versa (54,55).

Face à cette présentation clinique hétérogène de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, les infirmiers déploient des stratégies diverses pour évaluer la plainte douloureuse. Ils doivent rechercher cette plainte parmi les multiples symptômes physiques pouvant menacer la santé du patient, tout en la replaçant dans le contexte de la maladie psychotique elle-même (56,57).

Les infirmiers s'appuient sur leur expertise clinique en évaluant la douleur chez ces patients. Ils se basent sur l'observation minutieuse des expressions non verbales du patient, la connaissance approfondie de sa personne, son historique médical, les discussions en équipe. Bien que lors des entretiens, l'utilisation des échelles d'hétéroévaluation n'ait pas été évoquée, la littérature suggère que l'EDAAP (Évaluation de l'expression de la Douleur chez l'Adolescent ou l'Adulte Polyhandicapé) pourrait être une option intéressante. Conçue à l'origine pour d'autres populations, sa structure multidimensionnelle, englobant des aspects somatiques, psychomoteurs et psychosociaux, pourrait s'avérer particulièrement adaptée à l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes (37).

Cette approche multidimensionnelle est en accord avec les recommandations de la littérature, qui soulignent l'importance de prendre en compte divers paramètres pour une évaluation optimale de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie (58–62).

Parallèlement, les infirmiers ont souligné lors des entretiens l'importance d'adopter une attitude bienveillante envers les patients schizophrènes, favorisant ainsi une relation de confiance propice à l'expression de la douleur. Ces résultats sont en accord avec la littérature existante, qui met en évidence l'importance de la bienveillance et du non-jugement dans la relation soignant-patient pour une évaluation optimale de la douleur chez les patients atteints de troubles psychiatriques tels que la schizophrénie (14,63,64).

En conclusion, l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie présente des défis spécifiques pour les infirmiers en psychiatrie. Toutefois, en considérant les spécificités de chaque patient (stabilisé ou non), et en mettant en œuvre des stratégies à la fois individualisées et multidimensionnelles, les infirmiers peuvent contribuer de manière significative à une évaluation plus précise de la douleur et à une prise en charge adaptée pour ces patients (61,65).

7.2. Biais, limites et forces

Tout d'abord, en ce qui concerne les biais et les limites, il est important de noter que le biais de désirabilité sociale pourrait avoir influencé les réponses des participants, les incitant à donner des réponses socialement acceptables malgré l'invitation à s'exprimer librement au début des entretiens. De plus, la méthode d'échantillonnage au volontariat a limité la participation aux seuls individus motivés, introduisant ainsi un biais de sélection. Un autre biais concerne la représentativité de genre. Dans notre échantillon, 72% des participants étaient des infirmières, constituant une légère sur-représentation par rapport à la répartition de l'établissement (65% de femmes).

Une autre limite de cette étude est liée à l'inexpérience de la chercheuse en matière de recherche qualitative, puisqu'il s'agit de son premier travail dans ce domaine. De plus, les entretiens ont été menés auprès d'infirmiers travaillant dans un seul établissement, ce qui affecte la généralisabilité des résultats à d'autres contextes où les valeurs institutionnelles pourraient influencer les pratiques infirmières. Cependant, il convient de souligner que l'objectif de cette recherche n'était pas de généraliser les résultats, mais plutôt d'explorer en profondeur les expériences spécifiques des infirmiers dans cet établissement.

En ce qui concerne les forces de l'étude, il est important de noter que cette étude se distingue par son approche qualitative, qui explore en profondeur le vécu et les défis rencontrés par les infirmiers en psychiatrie dans l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes. Alors que de nombreuses études antérieures se sont principalement concentrées sur des approches quantitatives, cette étude apporte une contribution significative en explorant les aspects qualitatifs de cette problématique. Cela permet d'obtenir une compréhension plus riche et nuancée des expériences des infirmiers et ainsi de mieux appréhender les défis spécifiques auxquels ils sont confrontés dans leur pratique

quotidienne. Les informations recueillies sont concrètes et ancrées dans la réalité clinique, offrant ainsi des perspectives précieuses pour améliorer les pratiques infirmières dans l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes.

7.3. Perspectives en santé publique

Malgré ces limitations, cette étude apporte des contributions significatives à la compréhension de l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie et offre des perspectives nouvelles sur l'évaluation de la douleur chez le patient schizophrène. En effet, lors des entretiens, un élément a été soulevé par la totalité des participants : les difficultés d'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie en psychiatrie dépassent le secteur même de la psychiatrie. En effet, les autres services hospitaliers sont également confrontés à cette difficulté, ce qui se répercute sur les infirmiers en psychiatrie qui reçoivent de nouveau des patients pour lesquels la demande de prise en charge somatique n'a pas été résolue. Cela nécessite donc des perspectives sur la collaboration interdisciplinaire pour améliorer l'évaluation de la douleur chez ces patients et éviter les transferts répétés des patients.

Par ailleurs, il aurait été intéressant d'interviewer les patients atteints de schizophrénie pour confronter leurs perceptions de l'évaluation de leur douleur avec les propos des soignants interrogés et ce, afin de mieux comprendre leur ressenti et d'adapter les pratiques d'évaluation en conséquence et *in fine* apporter une vision complémentaire à celle des professionnels de santé.

Il convient de souligner que cette étude s'est concentrée uniquement sur les patients atteints de schizophrénie, ce qui limite sa portée à cette population spécifique. Des recherches futures pourraient être menées pour étudier la douleur des patients atteints d'autres troubles psychiques.

Enfin, une perspective prometteuse dans le domaine de la santé publique serait d'envisager la mise en place de fiches signalétiques spécifiques pour évaluer la douleur chez les patients schizophrènes. Ces fiches fourniraient aux professionnels de santé un outil structuré, incluant des informations clés telles que les antécédents médicaux, les symptômes somatiques liés à la douleur, les stratégies d'évaluation et de gestion recommandées, ainsi

que des paramètres visibles tels que les signes vitaux. En partageant ces fiches au sein de l'équipe soignante, une coordination plus optimale des interventions et une approche globale de la prise en charge de la douleur pourraient être favorisées.

8. CONCLUSION

Cette étude sur l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie a mis en évidence une série de facteurs cruciaux qui affectent la manière dont la douleur est perçue, évaluée et traitée dans le domaine de la psychiatrie. À travers une exploration approfondie des croyances, des représentations et des pratiques des infirmiers, les complexités entourant ce sujet souvent négligé ont pu être discernées et abordées.

Nos résultats ont révélé l'existence de croyances antinomiques chez les soignants autour de la douleur chez le patient atteint de schizophrénie. Cette divergence de perspectives a des implications directes sur la reconnaissance de l'expertise du patient en matière de douleur et sur son évaluation. Des défis spécifiques ont ainsi été soulevés tels que la difficulté de se fier uniquement à l'évaluation quantitative traditionnelle et la nécessité de combiner différents aspects tels que l'observation, la connaissance du patient ou encore l'échange, constituant l'aspect qualitatif de l'évaluation de la douleur.

Pour finir, les paroles percutantes d'une infirmière participante : « L'écoute, c'est déjà le paracétamol ou l'anxiolytique qui va peut-être lui faire du bien » (participante 2). Cela met en lumière l'importance de l'écoute active dans le soulagement de la douleur chez cette population. L'expression « soigner les maux par les mots » trouve ici tout son sens. La clé réside donc dans l'adoption d'une approche centrée sur le patient, accordant une légitimité à leur expression de la douleur, même lorsque celle-ci semble discordante par rapport à notre ressenti.

Ce mémoire souligne l'urgence d'une formation spécifique afin d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients schizophrènes ainsi que la nécessité d'intégrer une approche holistique et multidisciplinaire dans l'évaluation de la douleur. Ce travail constitue un appel à l'action, invitant à une prise de conscience collective des lacunes existantes dans l'évaluation de la douleur chez ces patients et ce, dans le but de transformer leur réalité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Grignon S. Schizophrénie et douleur : une perspective psychiatrique. In: Marchand S, Saravane D, Gaumont I, editors. Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale [Internet]. Paris: Springer; 2013 [cited 2023 Aug 12]. p. 129–139. Available from: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0307-4_10.
2. Martin-Mattera P. Le statut subjectif de la douleur : Fatalité ou symptôme. *Psychotherapies*. 2014;34:117–123.
3. Lévy I. La douleur : signification, expression, syndrome méditerranéen. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2013;28:215–219. doi: 10.3917/inka.134.0215.
4. Marchand S. Bases neurophysiologiques de la douleur. *Santé mentale et douleur: Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. Paris: Springer; 2013. p. p.19-35.
5. Le livre blanc de la douleur. Etat des lieux et proposition pour un système de santé éthique, moderne et citoyen [Internet]. [cited 2022 May 2]. Available from: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf.
6. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11:770. doi: 10.1186/1471-2458-11-770. Cited: in : PMID: 21978149.
7. Berquin A, Faymonville M, Celentano J, Deseure K, Liefferinge AV, Crombez G, Vlaeyen J, Hans G. Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : passé, présent et futur. *undefined* [Internet]. 2011 [cited 2022 May 12];
8. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002.
9. Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign. *Nurs Clin North Am*. 2000;35:375–383. Cited: in : PMID: 10873249.
10. Merskey H Bogduk, Nikolai, International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.
11. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161:1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
12. Les échelles de la douleur | SFAP - site internet [Internet]. [cited 2022 May 12]. Available from: <https://sfap.org/rubrique/les-echelles-de-la-douleur>.

13. Legenne M. La douleur d'autrui, quels facteurs modulent notre réponse à celle-ci ? Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2013;113:105–110.
14. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. Cahiers de psychologie clinique. 2007;28:167–183.
15. Morrison I, Lloyd D, Di Pellegrino G, Roberts N. Vicarious responses to pain in anterior cingulate cortex: Is empathy a multisensory issue? Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience. 2004;4:270–278. doi: 10.3758/CABN.4.2.270.
16. Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J. How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. NeuroImage. 2005;24:771–779. doi: 10.1016/j.neuroimage.2004.09.006.
17. Grégoire M, Coll M-P, Eugène F, Jackson PL. Revue des facteurs qui modulent les réponses cérébrale et comportementale à la douleur d'autrui. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2012;13:212–218. doi: 10.1016/j.douler.2012.08.007.
18. Simon D, Craig KD, Miltner WHR, Rainville P. Brain responses to dynamic facial expressions of pain. PAIN. 2006;126:309–318. doi: 10.1016/j.pain.2006.08.033.
19. Singer T, Seymour B, O'Doherty JP, Stephan KE, Dolan RJ, Frith CD. Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. Nature. 2006;439:466–469. doi: 10.1038/nature04271. Cited in : PMID: 16421576.
20. Saravane D. Les algies en psychiatrie. L'information psychiatrique. 2009;85:341–345.
21. Serra E, Saravane D, De Beauchamp I, Pascal J-C, Peretti C-S, Boccard E. La douleur en santé mentale: première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. Douleur analg. 2007;20:96–101. doi: 10.1007/s11724-007-0036-5.
22. Saravane D. Etats des lieux de la prise en charge de la douleur des patients souffrant de pathologie psychiatrique. [Internet]. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://docplayer.fr/23908221-Etats-des-lieux-de-la-prise-en-charge-de-la-douleur-des-patients-souffrant-de-pathologie-psychiatrique-dr-djea-saravane.html>.
23. Saravane D. Historique de la douleur en santé mentale. Douleur analg. 2011;24:171. doi: 10.1007/s11724-011-0256-6.
24. Saravane D, Peultier F. Les modalités de l'évaluation de la douleur en santé mentale. Douleur analg. 2011;24:132. doi: 10.1007/s11724-011-0258-4.
25. Jaspers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P. Soins de santé somatique en institutions psychiatriques. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé; p. 15–22. Report No.: 338B.
26. Potvin S. L'indifférence à la douleur dans la schizophrénie. Douleur analg. 2011;24:152. doi: 10.1007/s11724-011-0261-9.

27. Rosenthal SH, Porter KA, Coffey B. Pain insensitivity in schizophrenia. Case report and review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 1990;12:319–322. doi: 10.1016/0163-8343(90)90050-m. Cited: in : PMID: 2210350.
28. Carrasco-Picazo JP, González-Teruel A, Gálvez-Llompart AM, Carbonell-Asins JA, Hernández-Viadel M. Pain sensitivity in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2023;51:29–40. Cited: in : PMID: 36912392.
29. Marchand W. Occurrence of painless myocardial infarction in psychotic patients. *The New England journal of medicine*. 1955;
30. Marchand WE, Sarota B, Marble HC, Leary TM, Burbank CB, Bellinger MJ. Occurrence of Painless Acute Surgical Disorders in Psychotic Patients. *N Engl J Med*. 1959;260:580–585. doi: 10.1056/NEJM195903192601203.
31. Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielsen O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull*. 2009;35:1012–1021. doi: 10.1093/schbul/sbn040. Cited: in : PMID: 18495646.
32. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
33. Vermeulen S. Délaissée et souvent oubliée : la gestion du risque cardiovasculaire chez les patients psychiatriques [Internet]. [cited 2022 May 16]. Available from: <https://www.mediquality.net/be-fr/topic/article/24803394/delaissee-et-souvent-oubliee-la-gestion-du-risque-cardiovasculaire-chez-les-patients-psychiatriques>.
34. World Health Organization. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2022 Apr 24]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275718>.
35. Gimenez G, Pardinielli JL. Douleur hallucinée, douleur non perçue dans la psychose. *Doul et Analg*. 2001;14:113. doi: 10.1007/BF03008109.
36. Saravane D, Serrie A. Moyens d'évaluation de la douleur en santé mentale : Santé mentale et douleur : composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale. *Santé mentale et douleur : Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*. 2013;p.219-228.
37. Saravane D. La perception et l'évaluation de la douleur chez le schizophrène. *Oncologie*. 2013;15:4–9. doi: 10.1007/s10269-013-2247-5.
38. Jochum T, Letsch A, Greiner W, Wagner G, Sauer H, Bär K-J. Influence of antipsychotic medication on pain perception in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2006;142:151–156. doi: 10.1016/j.psychres.2005.09.004. Cited: in : PMID: 16631931.

39. Potvin S, Marchand S. Hypoalgesia in schizophrenia is independent of antipsychotic drugs: a systematic quantitative review of experimental studies. *Pain*. 2008;138:70–78. doi: 10.1016/j.pain.2007.11.007. Cited: in : PMID: 18160219.
40. Mrozek JE, Werner JS. Nurses' attitudes toward pain, pain assessment, and pain management practices in long-term care facilities. *Pain Manag Nurs*. 2001;2:154–162. doi: 10.1053/jpmn.2001.26530. Cited: in : PMID: 11748550.
41. De Witt Jansen B, Brazil K, Passmore P, Buchanan H, Maxwell D, McIlfactrick SJ, Morgan SM, Watson M, Parsons C. Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;26:1234–1244. doi: 10.1111/jocn.13442. Cited: in : PMID: 27324751.
42. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Peijnenburg RHA, Berger MPF. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Res Manag*. 2007;12:177–184. doi: 10.1155/2007/518484. Cited: in : PMID: 17717609.
43. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 5e éd. entièrement revue et augmentée. Malakoff: Dunod; 2017. p. p.110-112.
44. Fortin M-F. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 2e éd. Montréal: Chenelière-éducation; 2010. p. p.275.
45. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Cited: in : PMID: 17872937.
46. Onwumere J, Stubbs B, Stirling M, Shiers D, Gaughran F, Rice ASC, C de C Williams A, Scott W. Pain management in people with severe mental illness: an agenda for progress. *PAIN*. 2022;163:1653. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002633.
47. Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénies et réactivité à la douleur. *La Presse Médicale*. 2008;37:1561–1568. doi: 10.1016/j.lpm.2008.05.013.
48. Singh MK, Giles LL, Nasrallah HA. Pain insensitivity in schizophrenia: Trait or state marker? *Journal of Psychiatric Practice*. 2006;12:90–102. doi: 10.1097/00131746-200603000-00004.
49. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116:317–333. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x.
50. Agorastos A, Huber CG, Dunker S, Wiedemann K. Reduced pain perception in schizophrenia: a case of an undetected intrathoracic pencil. *Am J Psychiatry*. 2011;168:854–855. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11040581. Cited: in : PMID: 21813498.

51. Jenkins G, Röhricht F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review. *Psychopathology*. 2007;40:361–368. doi: 10.1159/000106314. Cited: in : PMID: 17657136.
52. Corrigan PW. The social perceptual deficits of schizophrenia. *Psychiatry*. 1997;60:309–326. doi: 10.1080/00332747.1997.11024809. Cited: in : PMID: 9460100.
53. Koide R, Iizuka S, Fujihara K, Morita N. Body image, symptoms and insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56:9–15. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.00925.x. Cited: in : PMID: 11929566.
54. Corbin J-F, Bui E, Schmitt L. Douleurs chroniques et traumatismes psychiques. *Douleur analg*. 2011;24:160–164. doi: 10.1007/s11724-011-0263-7.
55. Serra E. Douleur en santé mentale : les aspects institutionnels sont-ils déterminants ? *Douleur analg*. 2011;24:126–131. doi: 10.1007/s11724-011-0255-7.
56. Lake AE, Rains JC, Penzien DB, Lipchik GL. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache*. 2005;45:493–506. doi: 10.1111/j.1526-4610.2005.05101.x. Cited: in : PMID: 15953266.
57. Caubo I, Piette C, Fontaine R, Scantamburlo G. La vignette diagnostique de l'étudiant. *Rev Med Liege*. :5.
58. Fontaine R, Fuchs S, Hardy R, Lacroix J, Laureys S, Lecart MP, Libbrecht D, Malaise N, Martin D, Salamun I, et al. [Chronic pain management: a multidisciplinary approach]. *Rev Med Liege*. 2004;59:81–88. Cited: in : PMID: 15112896.
59. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, M. Ndeti D, W. Newcomer J, Uwakwe R, Asai I, Möller H-J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10:138–151. Cited: in : PMID: 21633691.
60. Heald A, Montejo AL, Millar H, De Hert M, McCrae J, Correll CU. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry*. 2010;25 Suppl 2:S41-45. doi: 10.1016/S0924-9338(10)71706-5. Cited: in : PMID: 20620887.
61. MAJ M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry*. 2009;8:1–2. Cited: in : PMID: 19293947.
62. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, Maison P, Terra J-L, Azorin J-M, avec le soutien institutionnel du laboratoire Lilly. [Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness]. *Encephale*. 2009;35:330–339. doi: 10.1016/j.encep.2008.10.014. Cited: in : PMID: 19748369.

63. Péoch N. La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement. *Recherche en soins infirmiers*. 2012;110:65–77. doi: 10.3917/rsi.110.0065.
64. Faculté de Médecine de Strasbourg. Evaluation des douleurs [Internet]. France: U.L.P; 2003 [cited 2023 May 2]. p. 23. Available from: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/valuation_des_douleurs.pdf.
65. Vreeland B. Bridging the Gap Between Mental and Physical Health: A Multidisciplinary Approach. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:2124.

Structure générale du guide d'entretien :

- Introduction :

Je tiens tout d'abord à vous remercier sincèrement pour votre participation à cette recherche qui ne serait pas envisageable sans votre contribution.

- Présentation de la recherche :

Actuellement étudiante en master de santé publique à l'Université de Liège, dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire en effectuant une recherche qualitative ayant pour objet la compréhension de l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie. L'objectif de cet entretien sera alors d'en savoir plus sur votre expérience professionnelle quant à la prise en charge de la douleur chez cette population au travers de l'évaluation de la douleur. Je souhaite tirer part des apprentissages de votre expérience afin de dresser des recommandations et de sensibiliser à ce sujet.

- Confidentialité et usage des données :

Je tiens à préciser que ce travail de recherche est soumis au règlement général sur la protection des données. Dès lors, je m'engage personnellement à ce que l'ensemble des données récoltées via cet entretien reste confidentiel et anonyme. Cependant, j'ai besoin de votre accord pour utiliser les informations tirées de cette entrevue dans le rapport final de cette étude.

➔ Explication et signature du formulaire de consentement relatif au traitement des données à caractère personnel par la personne interrogée.

- Enregistrement :

Comme indiqué dans le formulaire de consentement que nous venons de parcourir ensemble, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer cet entretien pour un meilleur confort de discussion. Êtes-vous d'accord que l'entretien soit enregistré ?

(Lancement de l'enregistrement)

- Brève explication du déroulement de l'entretien :

Cet entretien va s'organiser autour d'une série de questions ouvertes. Vous êtes toujours libre d'y répondre ou non. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : c'est votre expérience et vos perceptions qui m'intéressent. N'hésitez pas à me demander de reformuler mes questions si elles ne vous paraissent pas claires.

Grille d'entretien :

- Caractéristique de l'infirmier :

Âge :

Sexe :

Lieu d'exercice :

Nombre d'années d'exercice :

Formation particulière :

- Développement :
- Question introductive d'ouverture :

Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai rencontré des situations où la douleur était au centre des interrogations des soignants. La difficulté est d'autant plus importante dans le milieu psychiatrique et plus spécifiquement chez le patient atteint de schizophrénie. Pouvez-vous me raconter votre expérience concernant l'évaluation de la douleur chez cette population ?

→ Question de relance :

- Avez-vous déjà été confronté à des difficultés particulières ? (Limites dans la prise en charge et mise en échec)
- Quel est votre ressenti lorsque vous êtes confronté(e) à la douleur de patients atteints de schizophrénie ? (Ressenti)

Précision des questions selon les thématiques (paramètres d'intérêts)

1. Connaissance sur la schizophrénie :

- Que connaissez-vous des spécificités de communication chez le patient atteint de schizophrénie ?
- Quelles sont les particularités lors de la prise en charge de la douleur chez un patient atteint de schizophrénie ?

→ Questions de relance :

- Pourquoi selon vous cette difficulté est-elle d'autant plus marquée auprès de cette population ?

2. Représentation sur la douleur et la schizophrénie :

- Comment vous représentez-vous la douleur chez les patients atteints de schizophrénie ?

→ **Questions de relance :**

- Selon vous, quels sont les facteurs ou les circonstances qui pourraient *faciliter ou complexifier* la compréhension de la douleur chez cette population ?
- Connaître le patient, ses habitudes, ses pathologies permet-il selon vous de mieux décoder ce qu'il tente de communiquer à autrui et donc de prendre en charge plus efficacement et précocement sa douleur ?

3. **Évaluation de la douleur :**

- Qu'est-ce que vous pourriez dire de la douleur chez vos patients ?
- Comment ça se passe en pratique ?
- Selon vous quelle place consacrez-vous à l'écoute de la plainte douloureuse chez la personne atteinte de schizophrénie ?

→ **Questions de relance :**

- Comment gérez-vous la plainte douloureuse ? Comment interprétez-vous la sensation exprimée par le patient ?

4. **Amélioration de la prise en charge**

- Quels seraient vos besoins en tant qu'infirmier(e) pour pouvoir mieux prendre en charge la douleur chez cette population ?

→ **Question de relance :**

- Quelles sont les personnes privilégiées avec qui vous avez échangé au sujet de cette problématique quand elle s'est posée à vous ?
- Selon vous, dans quelle mesure le fait d'encourager les soignants à poursuivre des formations en continu afin de mieux comprendre et interpréter l'expression de la douleur chez cette population peut-il avoir un effet bénéfique sur leur prise en charge globale ?

Nous arrivons au bout de l'entretien, souhaitez-vous aborder quelque chose d'important à côté duquel nous sommes passés, ou quelque chose sur lequel vous souhaiteriez revenir ?

Je vous remercie d'avoir consacré du temps à vous entretenir avec moi. Je me tiens à votre entière disposition pour répondre à vos questions complémentaires et vous communiquer toutes les informations complémentaires au besoin.

Structure générale du guide d'entretien :

- Introduction :

Je tiens tout d'abord à vous remercier sincèrement pour votre participation à cette recherche qui ne serait envisageable sans votre contribution

- Présentation de la recherche :

Actuellement étudiante en master de santé publique à l'Université de Liège, dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire en effectuant une recherche qualitative ayant pour objet la compréhension de l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie. L'objectif de cet entretien sera alors d'en savoir plus sur votre expérience professionnelle quant à la prise en charge de la douleur chez cette population au travers de l'évaluation de la douleur. Je souhaite tirer part des apprentissages de votre expérience afin de dresser des recommandations et de sensibiliser à ce sujet.

- Confidentialité et usage des données :

Je tiens à préciser que ce travail de recherche est soumis au règlement général sur la protection des données. Dès lors, je m'engage personnellement à ce que l'ensemble des données récoltées via cet entretien reste confidentiel et anonyme. Cependant, j'ai besoin de votre accord pour utiliser les informations tirées de cette entrevue dans le rapport final de cette étude.

➔ Explication et signature du formulaire de consentement relatif au traitement des données à caractère personnel par la personne interrogée.

- Enregistrement :

Comme indiqué dans le formulaire de consentement que nous venons de parcourir ensemble, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais enregistrer cet entretien pour un meilleur confort de discussion. Êtes-vous d'accord que l'entretien soit enregistré ?

(Lancement de l'enregistrement)

- Brève explication du déroulement de l'entretien :

Cet entretien va s'organiser autour d'une série de questions ouvertes. Vous êtes toujours libre d'y répondre ou non. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : c'est votre expérience et vos perceptions qui m'intéressent. N'hésitez pas à me demander de reformuler mes questions si elles ne vous paraissent pas claires.

Grille d'entretien :

I. Introduction et présentation du participant

Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

- Âge
- Expérience professionnelle en psychiatrie
- Durée d'expérience professionnelle
- Formation particulière

II. Développement :

- Question introductive d'ouverture :

Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai rencontré des situations où la douleur était au centre des interrogations des soignants. La difficulté est d'autant plus importante dans le milieu psychiatrique et plus spécifiquement chez le patient atteint de schizophrénie. **Pouvez-vous me raconter votre expérience concernant l'évaluation de la douleur chez cette population ?**

→ Question de relance :

- Avez-vous déjà été confronté à des difficultés particulières ? (Limites dans la prise en charge, obstacles, difficultés)
- Quel est votre ressenti lorsque vous êtes confronté(e) à la douleur de patients atteints de schizophrénie ? (Ressenti)

- Précision des questions selon les paramètres d'intérêts :

5. Connaissance et croyance sur la schizophrénie et la douleur :

- **Pouvez-vous décrire ce que vous savez de la schizophrénie en général et de ses symptômes ?** (Connaissance de la schizophrénie et de ses symptômes, perception des symptômes de la schizophrénie chez les patients, impression sur la fréquence de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, spécificité dans la communication)
- **Comment définiriez-vous la douleur chez un patient atteint de schizophrénie ?** (Connaissance de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, perceptions sur la douleur chez les patients atteints de schizophrénie)

- Quelles sont les particularités lors de la prise en charge de la douleur chez un patient atteint de schizophrénie par rapport à d'autres populations ? (Connaissance et croyances facilitantes)

→ **Questions de relance :**

- Pourquoi selon vous cette difficulté est-elle d'autant plus marquée auprès de cette population ?

6. Représentation et difficultés autour de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie :

- Comment vous représentez-vous la douleur chez les patients atteints de schizophrénie ? (Croyances et connaissances facilitantes/ limitantes)

- Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes ? (Obstacles à l'évaluation de la douleur chez cette population, connaissances et croyances limitantes)

- Selon vous, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie ? (Difficulté à évaluer la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, difficulté à différencier la douleur physique et psychique chez les patients atteints de schizophrénie)

→ **Questions de relance :**

- Selon vous, quels sont les facteurs ou les circonstances qui pourraient *faciliter ou complexifier* la compréhension de la douleur chez cette population ?

7. Pratique d'évaluation de la douleur :

- Quelles sont vos pratiques actuelles en matière d'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie ? (Méthodes utilisées pour évaluer la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, importance accordée, prise en compte des facteurs psychologiques dans l'évaluation de la douleur)

- Selon vous quelle place consacrez-vous à l'écoute de la plainte douloureuse chez la personne atteinte de schizophrénie ? (Place accordée à l'écoute, comportement du soignant)

→ **Questions de relance :**

- Comment gérez-vous la plainte douloureuse ? Comment ça se passe en pratique ?
- Comment interprétez-vous la sensation exprimée par le patient ?

8. Amélioration de la prise en charge

- **Selon vous, comment peut-on améliorer l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes ?** (Suggestions pour améliorer l'évaluation de la douleur chez cette population)

- **Avez-vous des suggestions pour améliorer la formation des infirmiers en psychiatrie à l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes ?** (Suggestions pour améliorer la formation)

-

→ Question de relance :

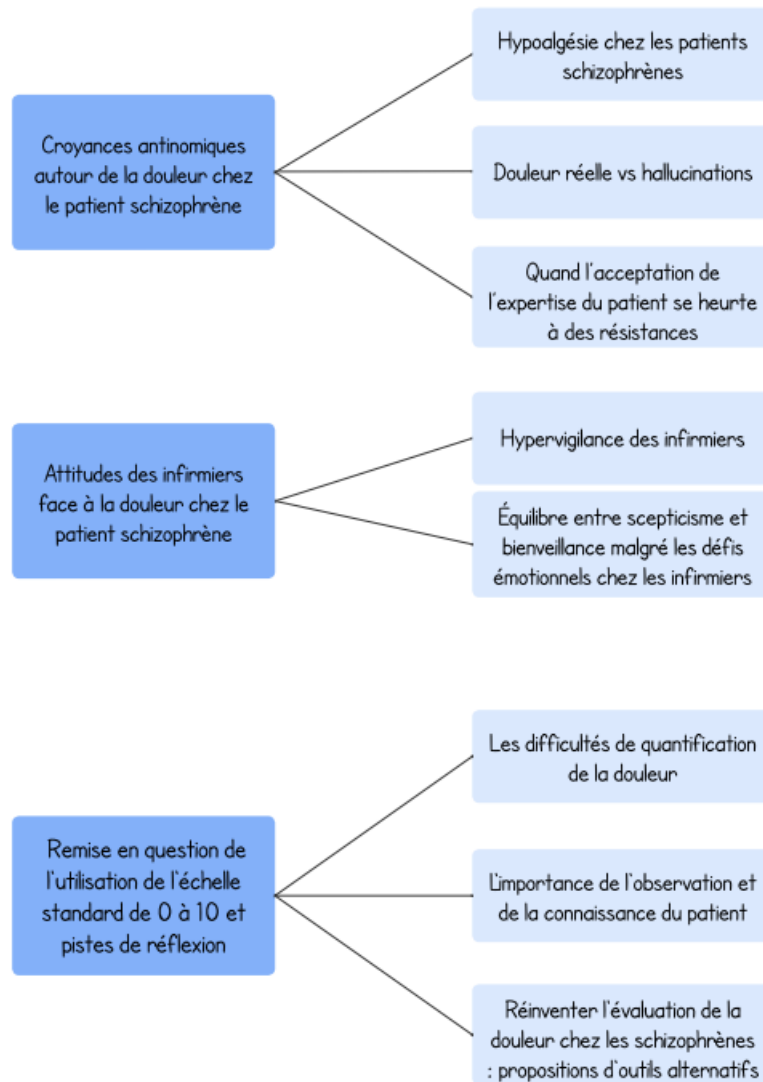
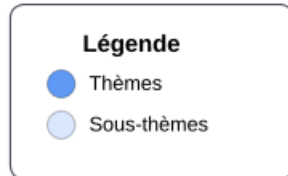
- Quels seraient vos besoins en tant qu'infirmier(e) pour pouvoir mieux prendre en charge la douleur chez cette population ?
- Quelles sont les personnes privilégiées avec qui vous avez échangé au sujet de cette problématique quand elle s'est posée à vous ?

Nous arrivons au bout de l'entretien, souhaitez-vous aborder quelque chose d'important à côté duquel nous sommes passés sur l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie, ou quelque chose sur lequel vous souhaiteriez revenir ?

Je vous remercie d'avoir consacré du temps à vous entretenir avec moi. Je me tiens à votre entière disposition pour répondre à vos questions complémentaires et vous communiquer toutes les informations complémentaires au besoin.

Arbre thématique

Présentation des résultats



Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants
du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : Hamzane Sofia

Sofiahamzane@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Promotion de la santé et santé internationale 3. Année académique : 2022-2023

4. Titre du mémoire : Impact des connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie sur l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie : une étude qualitative.

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :

Université de Liège, département de santé publique, Wallonie, Belgique.

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Présidente de Département :

Mme Anne-Françoise Doreau, Responsable du Département
des sciences de la Santé Publique

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Docteur Libbrecht Dominique, chef de clinique : service d'algologie,
Dominique.libbrecht@chuliege.be, CHU Sart tilman 4000 Liège

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif général de cette recherche consiste à comprendre la manière dont les connaissances et les croyances des infirmiers en psychiatrie concernant la schizophrénie interviennent dans leur pratique à travers le prisme de l'évaluation de la douleur chez cette population.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les croyances et connaissances des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis de la schizophrénie.
- Identifier les pratiques d'évaluation de la douleur des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis du patient schizophrène.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Il s'agira d'une étude de type qualitative avec un raisonnement inductif et dont l'objectif s'inscrit dans un design phénoménologique.

La volonté de cette étude est d'explorer en profondeur le vécu des infirmiers en psychiatrie quant à l'évaluation de la douleur du patient schizophrène, au travers de leurs croyances et de leurs connaissances de la pathologie.

La population de cette étude se composera d'infirmiers travaillant dans des services de psychiatrie chronique dans la région de Liège.

Cette étude sera menée à l'aide d'entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données. L'outil de collecte de données utilisé est un guide d'entretien afin de questionner les professionnels de santé individuellement. La structure du guide d'entretien n'étant pas figée, elle permet l'évolution de celui-ci en fonction des premières analyses et selon la tournure des différents échanges.

Une lettre d'information et consentement sera envoyé au préalable. Tous les entretiens seront systématiquement enregistrés.

Dans un premier temps, la méthode d'échantillonnage se voudra non probabiliste, au volontariat, c'est-à-dire en fonction de l'accessibilité et la disponibilité des infirmiers afin d'avoir un large éventail de participants. Les participants seront contactés via les chefs des services concernés.

Parmi les personnes répondant positivement à la démarche de l'étude et désirant y participer, une seconde méthode d'échantillonnage intentionnelle non probabiliste sera retenue pour atteindre une diversité pertinente dans les données recueillies : l'échantillonnage « au jugé ». Cette méthode a pour objectif d'obtenir une diversité de profils susceptibles de fournir des données riches en informations sur une problématique de recherche. Elle repose sur le jugement du chercheur afin de déterminer les personnes qu'il juge pertinent d'interroger en raison de leurs caractéristiques personnelles et des objectifs de l'étude. Dès lors, dans le cadre de cette recherche, le choix des soignants va être déterminé sur base des recommandations d'expert du sujet.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Infirmiers ayant donné leur consentement éclairé.
- Ancienneté d'au moins une année en service de psychiatrie chronique.
- Personne ayant la capacité de comprendre, parler et écrire la langue française.
- Les infirmiers ayant une spécialité en santé mentale.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les infirmiers travaillant en hôpital de jour psychiatrique car une prise en charge ponctuelle des patients atteints de schizophrénie ne permettra pas d'avoir le même recul de la part des soignants que lors d'une hospitalisation "classique".

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Oui
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc..) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Oui
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un

Comité d’Ethique, soit le Comité d’Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d’Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d’Ethique car :

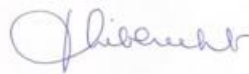
Cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.

Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication

Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 28/09/2022 Nom et signature du promoteur: LIBBRECHT BONNIQUE



RE: Demande d'avis au comité éthique Sofia Hamzane



ethique@chuliege.be <ethique@chuliege.be>

18/10/2022 14:57



À : Hamzane Sofia Cc : MSSP

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine mais comme vous souhaitez la publier, elle sera soumise à la réunion du Comité d'Éthique du 8/11.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Route 562, Porte 166

Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège

Tel: +32 4 323 21 58

ethique@chuliege.be





Sart Tilman, le 06/03/2023

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Sofia HAMZANE
Service de SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2022/281

"Impact des connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie sur l'évaluation de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie : une étude qualitative. "
Protocole : V1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique



Formulaire d'information et de consentement RGPD
pour un travail de fin d'étude

Dans quelle mesure les connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis de la schizophrénie influent-elles l'évaluation de la douleur chez cette population ?

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Docteur LIBBRECHT Dominique, chef de clinique en service d'algologie au CHU de Liège.

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : HAMZANE Sofia ; sofia.hamzane@student.uliege.be Master en Sciences de la Santé Publique.

Description de l'étude

L'objectif de cette étude est de comprendre dans quelle mesure les connaissances et croyances des infirmiers en psychiatrie concernant la schizophrénie interviennent-elles dans leur pratique, et plus spécifiquement sur leur évaluation de la douleur chez cette population. Elle permettra de faire le point sur les croyances et connaissances des infirmiers en psychiatrie sur la douleur des patients atteints de schizophrénie, sur les éventuelles difficultés rencontrées et/ou sur les besoins afin de dresser des recommandations et de sensibiliser sur ce sujet.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les croyances et connaissances facilitantes ou limitantes des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis de la schizophrénie et pouvant influencer l'évaluation de la douleur chez cette population.
- Identifier les pratiques d'évaluation de la douleur des infirmiers en psychiatrie vis-à-vis du patient schizophrène.

L'objectif de recherche poursuivi s'inscrit dans une démarche qualitative basée sur un raisonnement inductif. Ce mode de raisonnement consiste à remonter du singulier au général. Le but de cette étude consiste en la compréhension des mécanismes qui interviennent dans l'évaluation de la douleur chez les patients schizophrènes. Ainsi, ce sont la subjectivité du propos du locuteur et la singularité du sujet qui seront indispensables pour générer des hypothèses nouvelles et élaborer la construction théorique. La volonté de cette étude est d'explorer en profondeur le vécu des infirmiers en psychiatrie quant à l'évaluation de la douleur du patient schizophrène, au travers de leurs croyances et de leurs connaissances de la pathologie et d'en tirer un savoir expérientiel.

L'étude se basera sur des entretiens semi-directifs en face à face d'une durée de 40min à 1 h maximum. Pour faciliter la retranscription des réponses, cette interview sera enregistrée sur un dictaphone.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2022-2023.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont : les données récoltées seront relatives à l'âge, au lieu de résidence, à l'origine ethnique, et au statut matrimonial.

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

3. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la

conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

4. *Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- Étape 1 : récolte des données lors d'entretiens individuels, le nom des participants ne sera pas repris et chaque participant sera nommé : interviewé n°X. Les données de contact et les réponses aux questions sont placées dans deux fichiers distincts. Les réponses peuvent être reliées aux données de contact via le numéro de l'interviewé.
- Étape 2 : traitement des réponses : comme les données de contacts ne sont plus nécessaires, suppression du fichier contenant ces données de contact.
- Étape 3 : rédaction du mémoire au moyen des réponses désormais anonymes.

5. *Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Les données seront rendues pseudo-anonymes en l'état car le nom et le prénom des participants ne sera pas relevés d'emblée les participants seront repris sous un numéro d'interviewé. Ces données seront conservées jusqu'à la défense orale du mémoire.

Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

6. *Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

7. *Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

8. *Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- Obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination ;
- Obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant ;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant ;
- S'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- Introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

9. Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données

déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 5 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

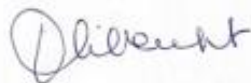
Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur : Libbrecht Dominique

Date : 23.11.2022

Signature :



Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : HAMZANE Sofia

Date : 23.11.2022

Signature : HS

ANNEXE 8 : CARACTÉRISTIQUES COMPLÈTES DES PARTICIPANTS

Tableau 2 : Profil des participants à la recherche.

<i>Participants</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age</i>	<i>Ancienneté en service de psychiatrie</i>	<i>Formation</i>
<i>Participant 1</i>	Homme	38 ans	14 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 2</i>	Femme	42 ans	21 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 3</i>	Femme	36 ans	13 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 4</i>	Femme	57 ans	23 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 5</i>	Femme	40 ans	15 ans	Spécialisation en santé mentale, formation en pleine conscience et planning familial
<i>Participant 6</i>	Femme	45 ans	15 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 7</i>	Femme	34 ans	13 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 8</i>	Femme	30 ans	7 ans	Spécialisation en santé mentale, master en santé publique.
<i>Participant 9</i>	Femme	59 ans	28 ans	Spécialisation en santé mentale, formation en tabacologie
<i>Participant 10</i>	Homme	41 ans	15 ans	Spécialisation en santé mentale
<i>Participant 11</i>	Femme	59 ans	32 ans	Spécialisation en santé mentale