

# Pourquoi cries - tu ?

*En quoi le cri impacte-t-il la relation soignant / soigné ?*



*Tapiserie de Xie Lie*

Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : Le 30 Mai 2023

Directeur de mémoire : Bernard COLLET

**Note aux lecteurs et lectrices :**

*« Il s'agit d'un travail personnel ne pouvant faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »*

## Citation

*« L'observateur ne peut être indifférent dès lors qu'il est en présence de ses semblables, dont la situation ne peut pas le concerner de quelque façon que ce soit. Mais simultanément il la considère spontanément à partir de ses propres références au point de le rendre aveugle à sa différence ».*

Leiris. M.



Tableau de Gabrielle Blondlot

## **Remerciements**

Je voudrais tout d'abord remercier Bernard Collet, mon directeur de mémoire et référent pédagogique qui m'a accompagné durant ces trois années et tout au long de ce travail de recherche. Merci pour votre disponibilité, votre écoute, vos conseils, vos encouragements et surtout pour votre patience face à mes états d'âme !

Merci à l'ensemble du corps pédagogique du GIPES d'Avignon.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à l'équipe du service des urgences, l'infirmière en soins palliatifs et l'infirmière de l'EHPAD pour leur participation aux questionnaires qui ont permis la rédaction du travail d'analyse de ce mémoire.

Merci Véronique d'avoir été l'oreille attentive durant ces trois années. Merci pour tous les bons moments que nous avons pu passer ensemble, pour les joies, les rires, les moments de doute. Sans toi je n'aurais certainement pas vécu ma formation de la même manière.

Je voudrais ensuite dire un grand merci à Gabrielle, pour son soutien, son écoute et le temps qu'elle a accordé à la relecture de ce mémoire. Mais aussi de m'avoir octroyé l'autorisation d'utiliser la photo de l'une de ses peintures intitulée « Le cri » dans l'illustration de ce travail de fin d'études.

Merci Eva pour ton investissement dans la relecture de ce travail.

Enfin, un immense merci à mon fils Lucas, qui malgré l'éloignement que ce projet a engendré, l'obligeant à grandir plus vite alors qu'il n'était encore qu'un adolescent de 16 ans, a su faire preuve de maturité, compréhension et m'a encouragée et soutenue dans mon projet. Merci pour ça, Monsieur Lulu !

Je voudrais exprimer ma plus profonde gratitude à mon conjoint Gildas, merci d'avoir cru en moi, de m'avoir encouragée dans cette aventure. Merci pour ton aide, le soutien financier, moral, psychologique et matériel. Si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à toi !

Merci d'avoir contribué à remonter le temps et de m'avoir permis d'accomplir un souhait que j'avais enfoui au plus profond de moi. Merci d'avoir réveillé mes rêves et contribué à leur réalisation.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités mais qui ont aussi été là pour moi.

## Table des matières

<b><u>1</u></b>	<b><u>Introduction</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>Situation d'appel</u></b>	<b><u>3</u></b>
2.1	Description de la situation	3
2.2	Questionnement	5
<b><u>3</u></b>	<b><u>Question de départ</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>Cadre de référence</u></b>	<b><u>10</u></b>
4.1	La place et la signification du cri au travers du temps, des arts et de la littérature	10
4.1.1	Tentative de définition du cri et sa fonction dans la relation	10
4.1.2	L'histoire du cri	12
4.1.3	Le cri au travers des arts et de la littérature	19
4.2	La place du cri dans la relation de soin	22
4.2.1	La relation de soin	22
4.2.2	La confiance, la base de la relation ?	24
4.2.3	La relation de soin : une relation de confiance	27
4.2.4	Le soin un bien de consommation ?	31
4.3	Le cri comme mode de communication dans la relation	32
4.3.1	La fonction psychique du cri	32
4.3.2	Le cri comme un obstacle aux soins	37
4.3.3	L'influence des représentations dans la relation de soin confronté au concept d'empathie	41
4.4	Synthèse du cadre de référence	46
<b><u>5</u></b>	<b><u>Enquête exploratoire</u></b>	<b><u>48</u></b>
5.1	L'entretien semi directif	48
5.2	Population choisie	49
5.3	Lieu d'investigation	49
5.4	Guide de l'outil	50
5.5	Analyse	51
5.5.1	Entretien par entretien	51
5.5.2	Question par question	64
5.6	Synthèse de l'enquête exploratoire	68
5.7	Limites de l'enquête	70
<b><u>6</u></b>	<b><u>Vers une question de recherche</u></b>	<b><u>71</u></b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>Question de recherche</u></b>	<b><u>72</u></b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>Conclusion</u></b>	<b><u>73</u></b>
<b><u>9</u></b>	<b><u>Bibliographie</u></b>	<b><u>75</u></b>
<b><u>10</u></b>	<b><u>Table des annexes</u></b>	<b><u>80</u></b>

# **1 Introduction**

Durant mes années d'études en Soins Infirmiers, plusieurs notions ont pu être abordées.

La relation soignant /soigné et la communication sont au cœur de notre métier. On connaît différents modes de communication et « le cri » fait partie d'un mode d'expression, auquel il nous appartient de donner un sens et de comprendre son impact dans la relation de soins.

Nous serons amenés en tant que futurs professionnels à rencontrer ce mode de communication durant toute notre carrière. Pour cela, il me semble important d'aborder ce sujet afin d'appréhender au mieux la confrontation à ces situations.

Au cours de mes stages, j'ai pu être confrontée à des patients qui crient sans cesse, sans que personne n'essaie d'en relever le sens.

Ce qui soulève en moi un questionnement concernant la pratique soignante et la prise en compte du patient en tant qu'être humain dans sa globalité. La notion de soins comporte plusieurs dimensions et ne se résume pas à des actes techniques.

Un patient est un être à part entière, avec son histoire, sa pathologie, sa singularité, il ne peut être associé uniquement à un symptôme de sa pathologie ou à elle seule. Il est un tout qu'il faut considérer dans sa globalité.

Les soignants sont quotidiennement confrontés à un dilemme entre la conciliation des soins dits « techniques » et la « relation » dans des structures codifiées par des actes.

La tarification des activités entraîne les soignants dans un mouvement tellement rapide, qu'il ne laisse que très peu de place à la relation, laquelle n'est pas codifiée et reste très subjective. Comment peuvent alors faire les soignants, au travers de ce courant si rapide, renforcé par un manque accru de collègues, pour prendre le temps de la relation ?

Dans un premier temps, je vais vous présenter une situation de stage qui a attiré mon attention. Elle m'a permis de me questionner, de chercher et d'essayer d'apporter des réponses à mon questionnement, m'offrant ainsi la possibilité de réflexivité et d'analyse.

Dans un second temps, je me suis intéressée à la place du sujet dans la relation de soins, ainsi qu'aux différents modes de langage et d'expression.

Le cri des patients étant au cœur de mon questionnement, je me suis penchée sur sa signification, sa place et sa fonction au Moyen Âge, dans les arts et la littérature.

En troisième partie, je proposerais un essai d'interprétation du cri et son sens dans la relation de soin. Et qui plus est dans la relation soignant/soigné, afin d'y poser ma question de départ.

Après avoir développé le cadre de référence, je vous présenterais mon enquête exploratoire avec les témoignages recueillis auprès des soignants de différents services.

La synthèse des résultats obtenus et la réflexion menée tout au long de ce travail me mèneront à une nouvelle question de recherche.

## **2 Situation d'appel**

### **2.1 Description de la situation**

Durant la deuxième année de ma formation en Soins Infirmiers, j'ai effectué un stage en établissement public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) implanté à l'extérieur d'un petit village.

Il est structuré de plusieurs bâtiments reliés par un couloir sous verrière et entouré de verdure. Il a comme particularité une organisation sous forme de hameau avec ses rues, ses places et ses boutiques.

Il possède des chambres doubles et simples, que les résidents ont la possibilité de personnaliser et aménager avec du mobilier ou des objets personnels. Elles sont réparties en quatre quartiers, sur deux ailes et deux niveaux reliés entre eux, où sont disposés des lieux de vie.

Cet établissement accueille 88 résidents et possède une unité protégée de 10 lits qui reçoit les personnes désorientées, Alzheimer ou apparenté. Un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) de 12 places permet un accueil de jour et propose des activités sociales, thérapeutiques, mais aussi un accompagnement personnalisé, associant relaxation et stimulation.

L'équipe de soins est composée d'un médecin coordonnateur, d'un cadre de santé, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'une aide médico-psychologique, d'un psychomotricien, d'un psychologue, ainsi que d'intervenants extérieurs (médecins, pédicures, kinésithérapeutes et podologues).

Des activités sont régulièrement proposées aux résidents encadrés par une animatrice. L'équipe infirmière travaille en 12h, la première commence son service à 6 h et assure la distribution des traitements et les glycémies sur tout l'établissement, la suivante arrive à 7 h, elles se répartissent alors les deux secteurs de l'établissement pour tous les soins urgents.

Ensuite, l'une des infirmières reste au poste de soins avec le médecin coordonnateur pour l'assister lors des visites et gérer les tâches administratives.

Lors de mon premier jour de stage, l'équipe m'explique un peu le fonctionnement de l'établissement. Je tourne en binôme avec une infirmière et je suis rapidement mise en autonomie par l'équipe soignante qui me laisse gérer un secteur.

Lors du tour de traitement le soir, une patiente crie sans cesse et demande de l'aide. Ses cris deviennent rapidement insupportables pour les autres résidents, ainsi que pour les soignants et créent une situation de stress et de tension extrême.

De ce fait, elle est isolée dans sa chambre, mais on perçoit pourtant ses cris jusque dans la salle à manger.

Je suis ce jour-là seule pour la distribution des traitements car c'est le service dont j'ai la responsabilité. J'ai donc libre choix de mon organisation des soins.

Je demande aux aides-soignantes pourquoi la résidente crie et pourquoi elle est seule dans sa chambre, porte fermée. Elles me répondent : « *elle crie tout le temps, cela agace les autres résidents, plus personne ne la supporte* ».

Je décide alors de me rendre dans la chambre de la résidente afin de comprendre pourquoi elle crie et pour lui expliquer que ses cris ne peuvent durer car ils perturbent tout le monde et que c'est compliqué pour moi de travailler dans ces conditions.

Je lui demande donc pourquoi elle crie. Elle me dit qu'elle a peur, qu'elle est angoissée et qu'elle s'inquiète pour sa famille. Elle se demande aussi où est sa fille et qui va préparer le repas du soir. Elle me demande de rester avec elle. Je lui dis que sa fille est au travail, qu'elle ne doit pas s'inquiéter et qu'elle n'est pas seule.

Je lui explique aussi que je ne peux pas rester avec elle car j'ai du travail. Je la rassure comme je peux afin de limiter ses peurs et son angoisse.

Présentant des troubles cognitifs, cette personne n'a pas conscience d'être en structure. Elle pense toujours être à son domicile et je ne parviens pas à la replacer dans la réalité. Dans le but d'apaiser son inquiétude, je lui dis que je vais lui préparer le repas dans la cuisine qui se situe juste à côté. Mais que pour cela, il serait bien qu'elle cesse de crier.

Elle me dit : « *d'accord, je n'avais pas compris tout ça, si tu t'occupes du repas ça va* ».

Elle semble rassurée, je quitte alors la chambre et la patiente s'arrête de crier. Je peux donc réaliser mes soins dans le calme. Les autres résidents se sont apaisés et la tension est retombée.

A la fin de mes soins, je retourne la voir. Et constatant qu'elle est restée calme, je demande qu'elle soit installée dans la salle à manger pour prendre son repas avec tout le monde. Il fallut négocier et insister auprès des aides-soignantes qui craignaient qu'elle ne se remette à crier et à déranger les autres résidents.

J'eus finalement gain de cause et le repas se déroula dans le calme pour tout le monde.

## **2.2 Questionnement**

Cette situation m'interpelle sur la prise en charge de la personne vieillissante en établissement de vie, mais pas uniquement. En effet, durant mes stages et mon cursus, j'ai pu être confrontée à différentes situations similaires à celle citée précédemment. Ce qui soulève plusieurs interrogations, conduisant toutes vers un même questionnement quant à la pratique soignante et la prise en compte du patient en tant qu'être humain dans sa globalité, ainsi que mes motivations à vouloir devenir infirmière.

Ce qui m'amène à réfléchir à plusieurs concepts :

Dans un premier temps, j'aimerais interroger la place du sujet et les formes de communication dans la relation de soin.

Dans la situation évoquée, il y a un manque de personnel, et il existe une charge de travail très importante. Les soignants sont fatigués, ils ne peuvent plus tout gérer. Ils combler les vides, font au mieux et vont donc à leur essentiel, qui se résout au soin technique et vital, tout ceci au détriment de la relation.

Comment peuvent alors faire les soignants, confrontés à ce courant si rapide et aggravé par le manque accru de collègues, pour prendre le temps de la relation ?

Depuis de nombreuses années, la profession infirmière place le sujet au centre du soin. Ce métier nécessite des qualités humaines, d'écoute et d'empathie. Alors que dans la réalité, le soignant est partagé entre ses valeurs professionnelles et la charge de travail à assumer. En effet, il est plus aisé de pratiquer des soins techniques que de gérer les angoisses des patients.

La relation de soin implique des rapports sociaux codifiés, fixant l'identité sociale, les rôles et rythmes d'interaction, ce qui enferme les soignants dans des conduites répétitives.

L'approche relationnelle et l'analyse des pratiques professionnelles, comme enseignée dans les instituts de formations et établissements de soin, devrait permettre de tenir compte de ces conduites afin de ne pas impacter la relation. Mais avec l'apparition des protocoles et des procédures, on se trouve plutôt dans un schéma d'interaction plutôt que de relation.

L'interaction consiste en des rencontres significatives entre deux personnes de façon ponctuelle. Alors que la relation est une accumulation d'interactions, une rencontre entre deux individus, qui lie une partie de leur histoire. On note bien le décalage entre les attentes relationnelles des patients qui ont leur propre représentation, issue de leur culture, leur histoire et expérience de la maladie, qui pensent la relation de soin comme une relation singulière et celles des soignants, liées à des représentations collectives, pré-codées, se limitant au stade de l'interaction. Pourtant, derrière la notion de besoin s'associe la notion de désir. Lorsque la patiente crie, elle manifeste une demande, un appel. Elle exprime un ressenti, cela peut être une angoisse, de l'insécurité, de la douleur, un besoin de présence...

Cette demande ne peut être entendue par le soignant que dans le cadre d'une relation de confiance qui tient compte des représentations du patient en répondant à ses besoins et demandes.

Chaque comportement est déterminé par la perception de la personne. C'est en s'appuyant sur son point de vue que l'on peut savoir ce qu'elle vit dans l'instant afin de pouvoir y répondre de façon objective. Ce qui rend la relation singulière tout en possédant des concepts communs. Comme celui de l'empathie qui permet de comprendre la souffrance de l'autre sans se l'approprier. Les représentations de chaque individu jouent donc un rôle prépondérant dans la relation de soin, elles sont un ancrage psychologique et social. Lorsque les représentations s'installent dans la relation de soin, elles ont une fonction identitaire et orientent les actions. Surtout lorsqu'elles sont stigmatisées, elles peuvent engendrer des stéréotypes et réduire le patient à un symptôme ou une pathologie et non plus à un être singulier.

On considère une *personne « anormale »*, quand elle ne correspond plus à l'image attendue par la société dans laquelle elle vit. Alors que la psychopathologie considère que le symptôme a un sens, que l'expérience d'anormalité mérite d'être décryptée. Quand est-il du cri, doit-il donc être réduit à un symptôme pour pouvoir lui donner un sens ? Ne peut-il pas être considéré comme un mode de communication, un mode d'expression comme ce fut le cas au Moyen Age.

Le Moyen Age est une période d'oralité mixte où peu de gens ont accès à l'écriture. Le cri à cette époque est ainsi considéré comme un acte de langage, un moyen d'information. Les cris médiévaux sont en conséquence des régulateurs de liens sociaux. Ce sont des formes particulières de langage, une expression spécifique des sentiments et des émotions. Le cri est un outil d'interaction et un enjeu crucial dans les systèmes de communication de l'époque.

La communication s'établit par le langage, elle est systémique et fonctionne grâce à des réseaux et connexions. Elle signifie « *être en relation avec* », c'est l'action de transmettre un message à partir d'un émetteur vers un récepteur à travers trois types de communication : verbale qui touche l'aspect visible du message, ce que l'on comprend ; non verbale qui correspond au langage du corps et qui peut être interprété ; paraverbale qui sont les intonations, le rythme, le volume de voix utilisé à travers lequel on pourrait identifier le cri.

Une communication efficace commence par l'écoute et l'analyse du message véhiculé, elle nécessite une attention particulière et de l'empathie.

En effet, écouter, c'est être capable d'adopter un autre point de vue que le sien, c'est faire l'effort conscient d'entendre. L'écoute active porte sur la considération à l'autre et se base sur le respect de ce qui est fait ou dit, ce qui correspond à une approche centrée sur la personne. Elle engage le soignant à s'impliquer et vivre pleinement la complexité de la relation permettant ainsi d'établir un lien de confiance et de créer une alliance thérapeutique.

Or, la patiente en référence utilise un mode de communication non codé par notre société actuelle, non autorisé au sein des institutions. Le cri, bien qu'il fût à l'époque du Moyen Âge utilisé comme un mode de langage et de communication, n'est aujourd'hui plus reconnu comme un mode de communication autorisé. Il est vécu comme une agression, une perturbation sonore nuisant à l'entourage. Et en l'occurrence dans la situation évoquée ci-dessus, aux soignants, conduisant la patiente à l'isolement.

En effet, elle se retrouve privée des espaces communs de l'établissement, son lieu de vie se résume aux quatre murs de sa chambre. Ne pourrions-nous pas considérer ce mode d'isolement comme étant semblable à celui utilisé dans les établissements de santé mentale. Et indiqué comme mesure thérapeutique dans le cas de dangerosité du patient pour lui-même ou pour les autres, avec un risque de passage à l'acte ?

L'isolement est une restriction de l'agir qui limite les déplacements volontaires du patient. Il restreint également ses relations sociales, les limitant aux interactions avec les soignants. Le patient isolé est censé être libre de ses mouvements dans l'espace qui lui est réservé, là encore on peut se poser la question suivante :

La patiente est-elle vraiment libre de ses mouvements en étant sanglée à son fauteuil roulant ? N'est-ce pas là une forme de contention ?

La contention consiste à une entrave à tout mouvement et induit une diminution de l'autonomie, elle s'associe parfois à une sédation chimique pour faire « *Taire* ». Ces deux méthodes constituent une atteinte à la liberté et à la dignité de la personne. Elles s'appuient normalement sur un cadre législatif strict, comme le stipule la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ou présentant des troubles du comportement. Cette loi précise également les modalités de prise en charge.

Toutes deux relèvent d'une prescription médicale et elles doivent être appréciées comme des soins thérapeutiques en prenant en compte l'intérêt du patient et non considérées comme une mesure punitive décidée de manière collégiale.

Or pour la patiente citée, l'intérêt de cette mesure établie sans respect de ses droits, ni de son consentement, porte avant tout atteinte à sa liberté, à sa dignité et son droit d'expression. Le cri étant un mode d'expression, on lui interdit de « *dire* ». Crier c'est : s'exprimer, manifester sa présence, exister !

Cette patiente est-elle menaçante ? Dangereuse pour elle-même ou pour les autres ? Ne cherche-t-elle pas simplement à dire qu'elle existe ?

Ces mesures restrictives ne font-elles pas que majorer ses angoisses ? Qui, elles, ne sont pas entendues ! Alors que ses droits sont bafoués, le respect de sa dignité oublié. Et qu'en est-il de la relation ?

### **3 Question de départ**

A la suite de ce questionnement, j'oriente mon travail de recherche sur le thème de la place du cri dans la relation soignant /soigné avec pour question de départ :

**« En quoi le cri impacte-t-il la relation soignant/soigné ? »**

## 4 Cadre de référence

### 4.1 La place et la signification du cri au travers du temps, des arts et de la littérature

#### 4.1.1 Tentative de définition du cri et sa fonction dans la relation

Afin de pouvoir comprendre le cri et son impact dans la relation de soin, celui-ci étant souvent associé à la démence ou à la maladie mentale, il me paraît indispensable de tenter de le définir et de le situer dans le temps. Et ce, dans le but de percevoir sa fonction et son impact dans la relation.

D'un point de vue Lexical : « *Le cri correspond en un son bref, aigu, émis instinctivement par les cordes vocales sous l'effet de certaines émotions* » (Larousse).

« *C'est une expression phonique d'une sensation, d'un état physique ou moral, ressenti en profondeur, très intensément. Il fait partie de la parole et a pour fonction l'expression des affects (angoisse, colère, appel)* » (Larousse).

L'affect est un élément émotionnel de tout état affectif qu'il soit pénible ou agréable dû à une stimulation interne ou externe.

Alors que l'émotion est une réaction affective, plus ou moins vive, à une situation présente ou passée.

Le Larousse décline cinq interprétations du cri. J'ai choisi d'en retenir trois :

« *Son inarticulé émis par quelqu'un, vagissement (premier cri du nouveau-né)* ».

**Synonyme** : « *gémissement* »

« *Parole, son émis par quelqu'un sous l'effet d'une émotion, d'un sentiment, sensation, hurlement. Pousser un cri de douleur. Synonyme : exclamation, hurlement* »

« *Opinion, sentiment manifesté avec rigueur et spontanéité, « cri de la conscience* »

Je mets en exergue la notion de « *gémissement* ».

Le « *gémissement* » est une voix plaintive inarticulée et sourde. Ce qui m'interpelle à travers cette définition, c'est le versant plaintif et sourd que le cri viendrait exprimer. J'entends à travers ces mots, la plainte d'un patient qui résonne comme sourde à son interlocuteur, une plainte émise sous la forme inarticulée du cri. J'insiste sur le côté sourd de ce son entendu, mais qui n'obtient pas de réponse.

C'est aussi un son émis sous l'effet de l'émotion qui vient de « émouvoir », d'après l'ancien français *motion*, mouvement. Le Larousse en donne comme définition « *Un trouble subit, une agitation passagère causés par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie.* »

Le sentiment est une disposition affective éprouvée par un sujet pour un objet particulier, cela pouvant être vécu sur le registre du plaisir ou du déplaisir. Il se distingue de l'émotion qui s'exprime plus physiquement et dans un temps plus court.

Le cri serait-il un mouvement de vie réagissant intensément à une stimulation de l'environnement ?

L'opinion est un jugement, un avis, une pensée émise sur un sujet ou des faits. La rigueur peut être le caractère de quelqu'un ou quelque chose qui se distingue par une logique, alors que la spontanéité donne pour synonymes « *instinctif, irréfléchi, naturel* ». Le cri permettrait-il d'émettre un jugement dont le caractère logique appartiendrait à l'émetteur dans un mouvement irréfléchi et instinctif de dire « je suis là j'existe » ?

Selon le (*Dictionnaire ancien français (Moyen Age) LEXILOGOS, s.d.*) le verbe « crier » est un verbe transitif (Jeter, pousser un cri, des cris). « *Crier d'effroi, de joie, d'excitation* » et intransitif, faire connaître d'une voix forte, « *Crier à l'aide* ».

*Du latin populaire \*critare, réduction du latin classique quiritare, « crier au secours », « protester en criant », de formation onomatopéique (son de l'objet désigné) » (Française, s.d.).*

Anciennement, utilisé pour proclamer, annoncer au nom de l'autorité. « *On a crié à son de trompe que chacun eût à rendre les armes.* » (*Dictionnaire ancien français (Moyen Age) LEXILOGOS, s.d.*). Par extension, faire savoir, rendre public « *Faire crier un objet perdu* » pour que la personne qui l'aurait trouvé sache à qui il appartient.

Dire hautement ; proclamer publiquement « *Crier son indignation, sa rancune, son découragement. Crier sa joie, sa douleur, sa haine. Il n'a cessé de crier son innocence* » (*Dictionnaire ancien français (Moyen Age) LEXILOGOS, s.d.*)

Répéter avec insistance ou importunité « *Il ira crier cela partout. N'allez pas crier sur les toits ce que je vous ai dit. Il crie aux oreilles de tout le monde qu'on lui a fait une injustice* » (Française, s.d.).

Au XIIème siècle le crieur ne choquait pas.

« *Le Crieur public* », était chargé de faire les annonces publiques, les proclamations. « *Faire annoncer une mesure par le crieur public.* »

Le (*Dictionnaire ancien français (Moyen Age) LEXILOGOS, s.d.*) par sa définition du verbe « crier » note bien les différents sens du cri au travers des époques ainsi que sa perception en fonction de sa situation dans le temps et l'espace. Ces interprétations orientent sur le sens à attribuer au cri selon qui l'émet, son âge, sa condition, l'époque, le lieu, le but et le contexte.

On peut donc remarquer au travers de ces différentes définitions toutes les significations que le cri peut représenter, il n'est pas qu'un son aigu, crispant, dérangeant.

Il possède une fonction relative à sa place dans le temps et l'espace et au message qu'il envoie. En effet, il signifie quelque chose : la manifestation de la vie pour le nourrisson, ou bien un sentiment comme de l'indignation, ou du découragement.

C'est une représentation d'un état physique ou moral, des affects tels que l'angoisse, la colère, un appel, mais peut aussi être un signe de protestation face à une situation. Le cri a tant à dire qu'il faut se donner la peine de l'écouter et y porter attention afin de lui donner du signifiant. Car au travers de ce cri le patient vient nous dire quelque chose que l'on se doit d'entendre.

#### **4.1.2 L'histoire du cri**

Didier Lett et Nicolas Offenstadt (2003), décrivent la période du Moyen Age comme une période bruyante, qui foisonne de bruits de rue, de cris. C'est une période d'oralité mixte où peu de gens ont accès à l'écriture. Le cri à cette époque est donc considéré comme un acte de langage, un moyen d'information. En effet, le crieur public jouait un rôle capital dans la diffusion des informations. Les cris des « *Hérauts d'armes* » qui étaient des spécialistes des tournois, lançaient des cris d'ouverture de la fête et proclamaient la tenue des joutes. Les cris d'armes étaient lancés à l'entrée en compétition ou lors de la remise d'un prix, alors que les cris des marchands sont des cris populaires, criant leur métier et marchandises.

Aujourd'hui, le cri résonne plutôt comme une alerte qui porte atteinte à l'équilibre émotionnel. Alors qu'à cette époque, il jouait aussi un rôle dans les relations homme/femme, les auteurs médiévaux considéraient le cri comme une réaction plutôt féminine. Celui-ci ayant une fonction sociale et une mission d'alerte pour prévenir les hommes d'un danger afin qu'ils rétablissent l'ordre. Il était aussi utilisé pour avertir d'un décès permettant l'expression de la douleur et d'amorcer le rituel de deuil. Il est un signal dans les rites de passage et le temps des ruptures : « *le cri de l'accouchée, cri primal, funérailles.* » (Lett, D. & Offenstadt, N. 2003).

Il existe à cette époque des cris licites et illicites, c'est-à-dire, des cris autorisés, souhaités, tolérés ou interdits. Les règles monastiques condamnent le cri alors que « *Les Fabliaux* » récits populaires sont des textes bruyants, laissant échapper des hurlements.

Thomas D'Aquin (1984), condamne les sons bruyants qui selon lui fatiguent l'oreille, cependant dit-il : « *ils sont à juger d'après leur intention* ».

Il faudra attendre la fin du XIII<sup>ème</sup> siècle pour que la parole cède place à l'écrit, le droit ne se dit plus, mais s'écrit. La parole se retire de l'extérieur pour s'enfermer dans des églises, cours, tribunaux, le cri obtient ainsi sous contrôle « *un droit de cité.* » droit d'être admis dans un domaine déterminé. Il devient par ce « *droit de cité* » une parole à qui l'on donne ou non le droit d'expression.

Les cris médiévaux sont pourtant des régulateurs de liens sociaux, ce sont des formes particulières de langage, une expression spécifique des sentiments, des émotions. Un outil d'interaction et un enjeu crucial dans les systèmes de communication de l'époque, où les Seigneurs, les Rois veillaient à posséder le cri, celui-ci étant considéré comme une manifestation de pouvoir, une capacité à maîtriser l'espace.

On se rend donc bien compte de l'importance et de l'impact que pouvait avoir le cri à cette époque tant dans la communication d'informations que ses diverses fonctions comme vecteur de liens sociaux, alerte, ou encore signal des rites de passages, ainsi que sa place dans l'occupation de l'espace. On peut à travers cela s'interroger sur la position que celui-ci occupe dans la relation soignant/soigné.

Le soin, une position sociale ? Le patient est un être singulier qui par son identité se lie à la société. Parler est un acte profondément social, permettant au sujet émetteur de dire avec les mots communs à tous l'originalité de son être singulier.

Mais le malade utilise le langage conventionnel pour exprimer sa maladie, il est donc indispensable au soignant d'entendre les deux types d'expressions.

L'une se référant à l'identité avec comme demande le soin pour guérir, l'autre étant celle d'un être en souffrance cherchant assistance pour exprimer sa singularité par peur du rejet et de l'abandon de la société.

En effet un patient « crieur » ne chercherait-il pas à occuper l'espace afin d'être reconnu en tant que personne capable de penser et de s'exprimer, possédant ainsi le pouvoir d'expression de sa propre existence ?

Dans son *ARS grammatica*, Donat distingue deux types de voix « *l'une articulée (articulata) qui peut être écrite propre à l'homme et une autre confuse (confusa) propre à l'animal.* » « *Le cri relève de ces deux voix et apparaît comme une initiation de la voix, il ne cherche pas à produire du signifié, mais fait sens, il est parfois intelligible, dans ce cas contrairement à une parole, c'est son intensité, la manière dont il est prononcé qui fait sens. En revanche, quand il est inarticulé, c'est son inintelligibilité qui est remarquée, mais cela ne lui enlève pas son intensité.* » (Lett, D. & Offenstadt, N. 2003, 20).

Le cri serait donc la combinaison d'une voix articulée et d'une voix confuse confondant la voix de l'homme et celle de l'animal. Lorsqu'il est intelligible son intensité et sa prononciation permettent de lui donner un sens alors que lorsqu'il est inarticulé donc plus proche de la voix de l'animal, on n'y entend que son inintelligibilité, et c'est aussi son intensité qui permet de lui donner un sens. La puissance et l'intensité du cri du patient seraient donc en quelque sorte deux indicateurs relevant du sens à donner à celui-ci. Sa puissance pouvant exprimer l'extrême du sentiment et de l'émotion à faire passer.

Communication signifie « *être en relation* », c'est l'action de transmettre quelque chose par l'émission d'un message d'un émetteur vers un récepteur.

Nicole Aubert & Guy Amoureux (2002) disent que toute communication « *cherche à convaincre, à séduire, à toucher l'autre. [ ] elle vise à influencer celui ou ceux à qui elle s'adresse* ».

On entend au travers de ces mots tous les sens que l'on pourrait apporter au cri.

En effet, si on accepte de le considérer comme un mode de communication qui vient transmettre quelque chose, celui-ci pourrait alors s'adresser à quelqu'un ou quelque chose visant à l'interpeller...

Il existe trois types de communication :

- La communication verbale qui correspond à l'aspect visible du message, la compréhension de celui-ci.
- La communication non verbale qui est le langage du corps, postures, mimiques permettant l'interprétation du message.
- Et la communication paraverbale qui elle correspond aux intonations, rythmes, volume de la voix.

Cette dernière, moins connue, est pourtant celle qui se rapproche le plus du cri, qui est, comme cité plus haut, un son ayant une portée d'intensité et d'intonation de la voix.

Le cri ferait-il donc partie d'un mode de communication que nous ignorons ?

Si tel était le cas ne devrions-nous pas lui accorder la même attention qu'à tout mode de communication afin de lui permettre une tentative de compréhension ?

On sait qu'une bonne communication passe par l'observation et l'écoute de manière empathique, et ainsi prendre en compte le langage corporel et la valeur donnée aux mots ou l'état d'esprit serait un tout qu'il faudrait prendre en considération.

La communication s'appuie sur des informations, mais elle s'articule avec les interactions qui existent entre les acteurs de la relation. Comme le dit Alex Mucchielli (1994) « *La communication paradoxale* » correspond à un aspect antagoniste entre la parole dite et les expressions corporelles qui induit des malentendus et des incompréhensions. (Mucchielli, A. (1994). Psychologie de la communication).

Les sentiments agrémentent nos perceptions et exercent donc une influence sur notre conduite. Nous sommes tous confrontés à des affects, produits de nos histoires personnelles qui engendrent des représentations pouvant altérer notre perception du réel et notre capacité à communiquer. C'est en prenant en compte cet aspect que le soignant peut s'investir pleinement dans la relation.

Comme on a pu le voir précédemment, on ne crie pas sans raison, la place du cri dans les différentes situations n'est pas identique. Soit il est singularisé, soit assemblé à d'autres bruits étant caractérisé par des communications dites verticales : « *entre dieu et les hommes, ou dans une communication horizontale des hommes entre eux* » (Fritz, 2000), assignant ainsi la compréhension du cri dans la situation qui le provoque.

Tel « *un cri de deuil* » à valeur sociale et culturelle, il n'est pas seulement une expression des sentiments collectifs, mais aussi des signes et symboles collectifs.

Le cri est donc une construction culturelle qui évolue dans l'espace et le temps.

Le cri d'un patient doit être identifié en fonction de la situation dans laquelle il se produit pour en permettre l'interprétation. Il est donc nécessaire de prêter attention à l'environnement et à l'événement déclencheur de celui-ci.

Est-ce un son jeté dans le vide, masqué par d'autres bruits, est-il adressé à quelqu'un, que signifie-t-il ?

Quel est donc son rôle dans l'action ?

D'après les auteurs (Lett, D. & Offenstadt, N. 2003) il existe plusieurs niveaux

1. « *Il participe au paysage comme un ensemble de bruit et sons audibles à un moment donné, ex : Les cloches.* »
2. « *Exprime une identité et accompagne l'action ex : Cri d'arme faisant référence au cri des guerriers lors du combat.* »
3. « *Le cri est placé au centre de l'action ayant un effet dans l'interaction, ex : conflits, il permet là de ratifier ou s'élever contre une décision, tel était le cas lors des assemblées médiévales.* »

Au travers de l'action, si l'on s'arrête sur le dernier niveau, on constate que le cri joue un rôle dans l'interaction permettant d'émettre un désaccord face à une situation qui ne nous conviendrait pas.

Un patient qui crie lorsqu'on lui propose de lui faire la toilette, n'exprimerait-il pas son désaccord face à une décision prise sans son consentement ? Que veut-il dire ? Celle-ci est-elle porteuse d'angoisse ? Si oui, pourquoi ? Que lui renvoie cette angoisse, comment y faire face ?

J'ai rencontré au cours d'un stage en psychiatrie, un patient de 37 ans tout à fait capable de faire sa toilette seul, mais qu'il fallait impulser dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne. Lorsque nous lui proposons de l'accompagner pour réaliser sa toilette, il se met à pousser des cris assez effrayants, avec un regard noir.

Lorsqu'il pousse ces cris, il dit aussi : « *être angoissé et ne plus être bon à rien* ». Il aime pourtant prendre sa douche et reconnaît que ça lui fait du bien. L'angoisse qu'il exprime est en relation avec son incapacité à « faire, » ce cri a donc une signification, il est émis pour dire quelque chose du patient.

Bernard Cerquiglini (1981, p.24), estime que « *le discours en lui-même agresse les lois du récit* ». « *Dans le paysage textuel qu'a déserté son propre énonciateur, une parole surgit qui est celle d'un autre* » ; *Il convient alors de se demander si « l'agression » est plus forte lorsqu'il s'agit d'un cri.*

J'ai relevé ces paroles de Bernard Cerquiglini, car elles m'interpellent sur la différence de puissance d'agression du cri par rapport à une parole.

En quoi un cri serait-il plus agressif qu'une parole insultante ?

Dans l'ancien français, il n'y avait pas de signes matériels pour indiquer le discours.

C'est uniquement dans le langage que le texte médiéval y trouve des moyens de balisages, ce qui explique la présence d'apostrophes pour signaler le discours et marquer le changement de rythme de narration.

En effet, on retrouve donc dans l'intensité du discours, le message que veut faire passer l'auteur d'un récit. Lors d'une lecture la ponctuation permet de préciser le sens d'une phrase mais aussi de marquer les pauses et les inflexions de la voix. Un cri peut donc en fonction de son intensité exprimer de la peur, de l'angoisse, de la douleur, etc... Son intensité donnerait-elle des indications sur le degré de souffrance et désarroi du patient ?

Hélène Basso, explique que dans la poésie du Moyen Age, « *le cri est entendu comme une ouverture, une dissonance qui révèle une impuissance du dire... Mimé sous forme d'interjection du récit, introduit des dissonances, relais et échos de celle du « je » donne à percevoir le cri refoulé en poésie harmonieuse mais le laisse errer entre les mots inarticulés auxquels même la poésie est confrontée. Inarticulé par lequel elle ne cesse de se désunir* » (Colonna - Desprats, 2018).

Le cri serait-il l'expression de l'incapacité du dire ?

Autrefois, il est utilisé comme un mode de langage, aujourd'hui il est perçu comme une alerte portant atteinte à l'équilibre de nos émotions.

En effet, à l'entente l'écoute d'un son aigu, un ton de voix élevé, notre aire cérébrale l'interprète comme une menace et active notre système nerveux sympathique pour activer la fuite.

Même si le cri dans la rue n'est plus autorisé car il est considéré comme inintelligible et vide de mots, n'ayant plus sa place dans notre société, il est pourtant très expressif car rempli de sens. La pandémie de COVID nous l'a démontré.

En effet, lors de celle-ci, le cri a permis de communiquer un message d'urgence entre ceux qui ne parlent pas le même langage. Comme ce fut le cas au théâtre de la colline et Odéon à Paris fermés à la suite des préconisations sanitaires.

Tous les jours à 17h, des étudiants et artistes contraints par les mesures sanitaires ont décidé de faire entendre leur opposition, non pas par une minute de silence mais par une minute de cri.

A travers ce mouvement d'occupation des théâtres, s'est exprimée la recherche de rassemblement en vue de mener une lutte organisée, dont le but était de pousser un cri ensemble afin de ne plus être obligés de crier pour se faire entendre et de faire en sorte que la colère et l'incompréhension qu'on y perçoit se transforment en une célébration d'un espace retrouvé. (Carnet des spectateurs et spectatrices, 19 mai 2021. *C comme un Cri*, s.d.)

Le cri permettrait-il au patient d'occuper un espace au travers d'une situation qui lui est insupportable et incomprise ?

### 4.1.3 Le cri au travers des arts et de la littérature

En littérature, reconnaître le cri demande de la vigilance afin de pouvoir repérer les représentations de la parole dans les situations où l'on parle et où l'on crie. Dans le but d'établir cette différence, le lecteur y met une intention.

Afin de faire s'effacer le narrateur pour laisser parler les personnages, on utilise un style direct, le cri étant l'expression d'un excès, un manque de retenue, comme si l'auteur s'en délestait au travers de ceux-ci. Cela devient un moyen d'expression de la pensée que l'auteur ne se concède pas à dire lui-même, permettant sa distinction de la parole par son intensité.

Lorsque l'on observe le cri dans l'image, cela nécessite une attention aux couleurs, aux



associations que l'on peut nettement retrouver dans le tableau « Le cri » d'Edward Munch peint en 1893.

Peintre expressionniste, il ne peint pas les choses comme il les voit, mais comme il les ressent.

Le personnage représenté dans « le cri » serait celui d'un homme d'une vingtaine d'année mort d'une maladie pulmonaire, momifié en position fœtale, lié par des cordes. Le peintre fait référence à son approche de la maladie qui le renvoie probablement au décès de sa

mère et de sa sœur des suites de la tuberculose, alors qu'il n'est encore qu'un enfant.

La bouche ouverte de ce personnage se tenant la tête entre les mains véhicule un cri de douleur ayant pour origine son angoisse de mort.

Au travers de ses œuvres, l'artiste cherche à illustrer le malaise et l'angoisse de la société occidentale.

La vue de ce tableau avec ces couleurs sombres et la momie qui renvoie à la maladie, à la souffrance et la mort, nous interroge sur l'impact angoissant et menaçant que pourrait avoir l'institution de soin sur la personne malade ou en fin de vie.

En effet, cette représentation du cri renvoyant à l'angoisse de mort pose la question du cri au sein de l'institution. Quel sens donner au cri d'un patient face à sa propre angoisse de mort que peut lui renvoyer l'institution ?

Faure (2021/1, p.68-76) fait la distinction entre le « *silence* » et le « *se taire* », le « *silence désigne à l'origine l'absence de bruit, de paroles, là où se taire désigne ne pas dire, garder le silence* »

Jacques Lacan attribue « *une fonction au silence* » pour lui, le tableau « *Le cri de Munch* » renseigne sur l'absence de réponse.

Le cri est un son que nous n'entendons pas, laissant place à de l'indifférence. L'indifférence de l'autre fait le lien du silence au cri, le cri provoquant le silence...

« *Le cri est traversé par l'espace du silence sans qu'il l'habite, ils ne sont liés ni d'être ensemble ni de se succéder, le cri fait le gouffre où le silence se rue.* » (Desportes, 1965)

Faure (2021) dit « *ce qui manque au cri c'est son écho, c'est un cri dans le vide* »

En effet, l'écho permet un retour, une réponse. Sans écho le cri n'obtient pas de réponse, laissant la place à de l'indifférence et plongeant le sujet dans l'angoisse. La réponse au cri pourrait le placer au « rang d'appel » si l'autre qui le réceptionne est en mesure de satisfaire ou pas la demande.

« *Si ! ma petite Simone, vous êtes envers moi d'une dureté, d'une injustice... – Je vous rappelle simplement une parole, une autre parole que vous m'avez donnée, à moi. « Notre vie privée ne regarde que nous. Portons notre fardeau côte à côte, mais n'en échangeons rien... », je crois encore vous entendre. Il est vrai qu'alors c'était moi qui me sentais tomber : je cherchais une aide, un appui, une main fraternelle...* » (Bernanos, 1947, p.917)

Georges Bernanos (1947) au travers de cet extrait fait part d'une communication au sein d'un couple où l'un fait part à l'autre de son ressenti. Il reproche à son épouse d'être « *dure et injuste* » car celle-ci met en avant des tabous, des interdits du « *dire* » alors qu'il cherchait auprès d'elle une « *aide, un soutien.* »

J'ai choisi de partager cet extrait car il me renvoie plusieurs choses. Au travers d'un échange de paroles, le mari vient chercher de l'aide qui lui est refusée et il fait part de l'impact de ce refus ; il dit « *je me sentais tomber* » (Bernanos, 1947, p.917).

En effet, un appel à l'aide sans écho de réponse engouffre le demandeur dans un profond sentiment d'angoisse, comme le plongeant dans le trou d'un puits où personne ne viendra le chercher ... Un appel à l'aide ne demande pas forcément en réponse une action (que j'entends dans le sens du « faire ») mais parfois tout simplement une écoute. Ainsi le cri ne demande pas obligatoirement une action en guise de réponse, mais juste d'être entendu et reconnu.

Lors de l'analyse d'une recherche en psychanalyse et sciences humaines, Zelda Colonna - Desprats (2018) décrit le cri comme « *Le plus retentissant des bruits du corps. Manifestation spontanée de la peur, la douleur, de l'appel à l'aide, de la jouissance et de la révolte, le cri est l'expression de l'extrême, de l'extrême joie comme de l'extrême douleur* »

Zelda Colonna - Desprats (2018) fait état que le cri nous renvoie à notre part bestiale nommant ainsi le point commun avec la communication animale. Le vagissement est le premier bruit émis par le corps humain au travers du « *cri du nouveau-né* » mais aussi le dernier cri « *cri du dernier soupir* ».

En peinture le seul son représentable est le cri, l'auteur s'interroge alors :

« *Qu'en est-il de sa portée esthétique et symbolique ?* »

Comment comprendre la réception de ce « *son* » dans le silence de sa représentation ?

Selon l'auteur, peu importe son origine, le cri sur la toile ne possède plus de son mais une image, offrant à la création poétique un pouvoir de suggestion égale à celui de la peinture.

Le cri aurait selon elle une portée plus bouleversante du fait du silence de sa représentation dans la peinture et la sculpture.

Quand est-il de sa place dans la relation de soin ?

## 4.2 La place du cri dans la relation de soin

### 4.2.1 La relation de soin

Étymologiquement le mot « relation » signifie faire relation « rapporter, relater », « *rapport d'un témoignage* » (*RELATION : Etymologie de RELATION*, s. d.).

La relation est donc comme un fil conducteur qui met en contact deux personnes.

Jacques Chalifour (1990) : « *La relation est un processus circulaire ou chacun interagit avec l'autre* », La relation d'aide en soins infirmiers.

En effet, la relation consiste en un lien tissé entre deux personnes d'ordre personnel faisant écho à des liens construits dans notre existence. C'est une rencontre singulière et unique entre deux personnes, deux caractères et deux histoires.

La relation de soin est quant à elle une relation particulière car elle est asymétrique, partagée entre le soignant qui sait, qui apprend son rôle lors de son cursus et tente de guérir, du moins de soulager les souffrances physiques et morales du patient. Alors que celui-ci « *le soigné* » est celui qui souffre, qui ressent, qui se trouve dans une situation de vulnérabilité entravant ses capacités de communication étouffées par la maladie et le stress qu'elle engendre.

La relation soignant/soigné est donc une relation humaine qui ne diffère que par le statut des deux acteurs en interaction.

Mais il s'avère que le patient est avant tout en relation avec une institution car en relation avec le soignant dans un service de soins. Cette institution représente un cadre, par exemple, en interdisant le tutoiement. Le soignant qui incarne un rôle au sein de cette institution établit alors une réponse institutionnelle au besoin du patient, du fait de la position que lui donne l'institution. Celle-ci place alors la relation derrière les actes techniques.

Mais le soin relationnel ne peut se limiter à la réalisation de soins techniques. Cette relation demande un investissement conscient de la personnalité du soignant avec ses ressentis et ses émotions. Elle est propre à chaque rencontre donc singularisée.

Selon Malbeuf, (1992), on peut distinguer quatre niveaux qui évoluent au cours du temps :

- « *La relation de civilité* » qui est une relation superficielle à un propos banal
- « *La relation fonctionnelle* » c'est celle qui permet au soignant d'effectuer son recueil de données
- « *La relation de compréhension* », de soutien et de réassurance. Elle se fonde sur l'empathie et révèle le désir du soignant d'entendre le patient.
- Enfin, « *la relation d'aide thérapeutique* » si on décompose celle-ci en trois mots on retient alors « *relation* » définie précédemment ensuite « *aide* » et enfin « *thérapeutique* ».

Aide : selon le dictionnaire de la langue française signifie « *concours que l'on prête, soutien moral ou secours matériel que l'on apporte* »

Thérapeutique : au sens de la relation est un terme plutôt utilisé pour les soins en santé mentale employant comme outil de soin des entretiens dits « *thérapeutiques* » qui entrent dans un projet de soin et qui ont pour but de « *soigner* » le patient.

« *La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes, et ses problèmes* ». (Formarier, 2007).

La relation d'aide est selon Carl Rogers une relation « *permissive* » qui permet au patient d'acquérir une compréhension de lui-même. C'est une approche centrée sur la personne et non sur la maladie.

En effet, en ne s'attardant pas sur le symptôme donc la maladie, on ne stéréotype ni ne stigmatise le cri. On prend le temps de l'accueillir, de l'entendre et de le penser, afin de mieux appréhender la relation.

Une relation de ce type nécessite trois attitudes correspondant à notre savoir être :

- L'écoute active qui est une écoute qui se centre essentiellement sur le vécu de la personne, elle permet d'observer les manifestations tant verbales que non verbales
- La congruence (l'authenticité)
- Le non-jugement renvoie au concept d'empathie et aux représentations

C'est donc grâce à notre savoir être et à une approche centrée sur la personne que l'on peut instaurer la relation d'aide. Celle-ci inclue la singularité du patient et par conséquent son mode de langage. On pourrait alors se donner à penser la représentation du cri comme sa méthode allégorique singulière.

Mais pour permettre à cette relation d'exister il faut créer un lien de confiance, mais aussi limiter cette asymétrie qui bloque en quelque sorte la relation.

Car même si le statut des deux protagonistes diffère du fait de leur position, ils sont avant tout deux êtres vulnérables dépendant l'un de l'autre : l'un étant donné sa maladie et l'autre par son besoin de prendre soin.

#### **4.2.2 La confiance, la base de la relation ?**

La confiance est un principe essentiel à la relation soignant/soigné :

*« Confiance empruntée du latin « confidentia » puis adapté d'après le vocalisme de l'ancien « fiance », se fier, la confiance est attestée au XVIIème siècle comme avoir foi en quelque chose, en quelqu'un » (Paillard, 2015).*

A supposer, comme l'explique cette définition, que la confiance se fonde sur la foi en quelqu'un, c'est-à-dire, se fier, s'en remettre à l'autre. Comment peut-on dans ce cas, se fier à quelqu'un qui n'entend pas les cris et hurlements, l'expression d'une souffrance et malgré cela lui accorder sa confiance ?

La confiance correspondrait en une croyance personnelle dans la relation à l'autre, en quelque chose d'élaboré par un vécu relationnel ou inné en corrélation avec des valeurs partagées, instinctives ou calculées.

Paillard (2015) dit de la confiance je cite : *« L'estime portée envers l'autre favorisant la parole, l'abandon de soi ponctuellement, durablement, fraternellement ou regrettée »*

En d'autres termes, l'attention portée à une personne libèrerait la parole par instauration d'un climat de confiance. On comprend donc que l'entrée en relation se joue au-delà des mots. C'est en posant son regard sur l'autre, en lui permettant d'être, que sa parole va naître et la confiance s'installer.

Claeys, Frogner (1995, p.75) fait référence à Medard qui définit la confiance comme suit :  
« *Dans nos sociétés contemporaines le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange* »

Selon Paillard (2015), si on se positionne d'un point de vue soignant, la confiance engendre une qualité d'échange protégée par l'espace dédié (institution). Elle serait selon l'auteur, une compétence relationnelle qui tient compte de l'histoire du patient, facilitant une communication stable et constructive, pas forcément à visée thérapeutique mais créatrice de lien, de sens.

Ainsi le cri n'est pas un élément qui facilite une communication, mais il est créateur de lien et de sens. Il reste un mode de communication qui permet l'entrée en relation.

En raison de l'image qu'en expriment Claeys, Frogner (1995) et Paillard. (2015), on comprend à quel point l'établissement d'un lien de confiance est primordial dans la relation.

La relation de confiance s'établit dès l'accueil du patient et est en corrélation étroite avec la relation et le soin, d'autant plus que sans celle-ci le soin n'a pas de place.

En effet, le patient se trouve dans une phase de dépendance et de vulnérabilité face au soignant.

Il va devoir lui « faire » confiance, lui octroyer sa confiance, car c'est le soignant qui détient le savoir et les valeurs représentées à travers les « *règles de l'institution* » comme des actes bienveillants en vue d'améliorer la santé.

Le patient prend donc le risque de faire confiance avec l'incertitude qui est la sienne face à sa maladie.

En effet, devant sa maladie le patient se trouve démuné, envahi de peurs et d'angoisse, il cherche auprès du soignant un réconfort, un soutien. Toutefois ce n'est qu'en fonction de la posture que le soignant va adopter envers lui que celui-ci va pouvoir lui accorder sa confiance.

Selon le sociologue Louis Queré, il existe deux types de confiance : « La confiance assurée et la confiance dédiée ». « *La confiance assurée* » est selon Queré « *généralement présente dans les interactions sociales, et connue par tous selon des codes et des règles communes qui permettent l'action, elle est sécuritaire car répondant à des attentes.* » (Marzano, 2010)

Selon Luhmann (2001) si l'être humain « *ne faisait pas confiance de manière courante, il n'arriverait même pas à quitter son lit le matin.*

Il dit aussi : La confiance « *est une anticipation de l'avenir fondée sur l'expérience préalable et qui vise à réduire la complexité du monde futur* » (Luhmann, 2001)

En quelque sorte elle est naturelle et acquise dans l'enfance, et aussi construite à travers les situations et expériences vécues.

Ainsi selon Laurence Lagarde-Piron (2016), une mauvaise expérience de la douleur ou la qualité de l'approche du pédiatre venant vacciner un enfant, va laisser dans la mémoire de celui-ci des traces de ces expériences. Ces situations seront déterminantes par la suite dans sa façon d'appréhender la douleur ou l'intervention d'un soignant. Qu'il agisse avec bienveillance ou non, celui-ci pourra engendrer de la « *peur ou un évitement* » envers les soins.

De ce fait, si on entend que la confiance s'établit de façon naturelle, mais aussi par expérimentation d'une situation, on comprend qu'à la suite d'une mauvaise expérience nous puissions être moins enclins à accorder notre confiance, c'est-à-dire à devenir méfiants.

Cette méfiance va naître dans l'anticipation des risques encourus ce qui fait alors référence à ce que Queré. L. nomme : « *La confiance dédiée, trust, qui comporte une prise de risque* » (Marzano, 2010).

Cette confiance n'est donc plus en corrélation avec le soin puisqu'il n'y a jamais de certitude par rapport au bienfait que celui-ci pourra apporter.

En effet, le soin n'offre jamais la certitude de la guérison. Il place donc le sujet dans un sentiment de peur et de doute. De ce fait il n'octroiera sa confiance que sous certaines conditions. Cette incertitude et les craintes qu'elle engendre pourrait se manifester par un cri. Cette manifestation devra alors être identifiée et analysée pour permettre l'établissement d'un lien de confiance bénéfique.

Mais alors quelles sont les particularités de cette relation de confiance ?

### 4.2.3 La relation de soin : une relation de confiance

Comme on a pu le voir précédemment, la confiance représente le socle de la relation soignant/soigné. L'absence de celle-ci fait obstacle aux soins.

*« Toutes les relations entre les hommes reposent, cela va de soi, sur le fait qu'ils savent des choses les uns sur les autres » (Simmel,1991)*

En effet, le patient sait que le soignant a des compétences pour le soigner et des connaissances concernant sa maladie, le plaçant ainsi dans une relation asymétrique.

Cependant, la vision de Winnicott (2015) est différente : *« Là où le patient et le soignant voient un rapport de pouvoir, de l'asymétrie, lui évoque une parfaite égalité entre les deux protagonistes. »*

Du fait qu'il ne fait pas de distinction entre le soignant et le patient, il imagine que tout le monde peut être dépendant d'autrui sans en avoir conscience.

Texte de Winnicott (2015) dans un service d'urgence psychiatrique :

*« Il y a deux façons de percevoir la dépendance :*

- *Dépendance d'un enfant, d'un patient, d'une personne âgée qui dépend de l'autre*
- *Dépendance d'un soignant qui a besoin d'accueillir cette dépendance pour la rendre plus supportable*

*Cette perception permet de comprendre ce qui nourrit et fait obstacle au soin »*

D'autant plus que la prise en charge de la dépendance éveille des sentiments de haine et d'amour identiques à ceux retrouvés dans le soin maternel.

Le « *holding* » : Premier modèle de soin parental selon Donald Woods Winnicott consiste *« en la capacité de la mère à prodiguer à son enfant des soins physiologiques en s'adaptant aux modifications physiques et psychologiques de celui-ci. Ce comme une continuité aux apports physiologiques lors de la gestation de façon que l'enfant ressente un sentiment de continuité d'être »*. (Winnicott, 2015)

En adaptant le « *holding* » à la relation de soin il fait référence *« à la confiance en celui qui nous porte, médecins, parents qui nous soutiennent dans la vie »* (Winnicott, 2015)

Cette vision du soin présentée par Winnicott serait ainsi adaptée à la singularité du patient, et la confiance serait au centre du soin originel de chaque individu.

Dès lors que la mère possède une capacité naturelle pour identifier les besoins de dépendance de son enfant et une autre plus structurée qui lui permet d'être saisie par les sentiments d'amour et de haine sans se laisser affecter.

Donald Woods Winnicott (2015) définit la médecine comme « *une pratique s'exerçant sur et avec des humains vulnérabilisés et vulnérables* ».

L'humain vulnérable correspondant au soignant et l'humain vulnérabilisé étant le patient.

« *La vulnérabilité requiert donc l'acquisition d'un savoir pratique afin d'être en capacité de s'y confronter et de pouvoir y répondre. Et ce, afin d'éviter le risque que la relation thérapeutique qui s'instaure sorte du cadre de la confiance professionnelle et que les soignants ne se laissent déborder par leurs affects* » ce que Winnicott (2015) nomme le « *malpraxis* ».

Le « *malpraxis* » ainsi cité par Winnicott nous explique bien que dans la relation de soin ce sont deux être vulnérables qui se confrontent. Et pour cause, si le patient est vulnérabilisé par sa maladie, le soignant l'est tout autant dans son rapport d'accueil de la dépendance envers celui-ci pour lui dispenser des soins. Un patient peut donc exprimer sa « *vulnérabilité* » par un cri au soignant « *vulnérable* » qui le reçoit. Lorsque l'on est vulnérable on peut se sentir « *attaqué, blessé* ». Le cri pourrait donc envoyer un signal d'attaque au soignant qui, s'il n'est pas formé à gérer sa vulnérabilité, peut se sentir blessé par cette agression. Ce qui engendrerait une incapacité à y apporter une réponse. C'est pourquoi il est essentiel d'acquérir un savoir fondé sur l'analyse de nos pratiques afin d'être apte à pouvoir entendre, analyser et comprendre le cri et ce qu'il véhicule en vue de ne pas être affecté et envahi par nos propres émotions et de pouvoir y répondre.

Donald Woods Winnicott (2015) fait référence à un « *jeu d'identification croisée* » il entend : « *Conscience sensible de notre condition commune, d'une vulnérabilité partagée et du besoin partagé par tous d'avoir quelqu'un sur qui compter* ».

« *Le jeu* » qui pour Donald Woods Winnicott (2015) participe « *à la construction de soi* »

Autrement dit l'identification croisée correspond à ce que l'on perçoit chez le patient comme peurs, angoisses, sentiments, pensées et laisser au patient la possibilité de percevoir la même chose chez le soignant.

En d'autres termes se mettre à la place de l'autre et permettre à l'autre de se mettre à notre place permet d'outrepasser l'aspect purement technique du soin.

On pourrait supposer alors, qu'associer l'histoire du patient confronté à sa maladie à l'histoire du soignant, permettrait de mieux concevoir le sens du soin.

En effet, le patient en demande de soin ne se présente pas uniquement aux soignants avec l'histoire de sa maladie mais aussi avec sa propre histoire, ce qui le rend singulier. La façon dont il abordera sa maladie et le soin seront alors en corrélation avec qui il est en tant que personne.

De même que le soignant, du fait de sa fonction abordera avant tout le patient avec ses connaissances et compétences professionnelles. La relation de soin dans laquelle il s'engage va lui demander également de s'investir avec son histoire personnelle, ses peurs, ses angoisses et ses sentiments à l'identique du patient mais avec un enjeu différent.

C'est pourquoi en laissant entrevoir au patient que le soignant peut également être vulnérable et en lui permettant d'accéder, au-delà du soin, à la personne, en tant qu'être humain, va créer la possibilité de renforcer le sentiment de confiance essentiel au soin.

Le cri est devenu de nos jours un mode d'expression inacceptable, insupportable et épuisant pour le soignant, mais si celui-ci considérait le cri sous la forme de l'identification croisée, il permettrait au patient d'exprimer ses peurs, ses sentiments et ses angoisses en lui laissant percevoir ce qu'il lui renvoie.

*« Tout se passe comme si le soin menaçait de rompre au moment le plus crucial avec la relation de confiance qui n'est pourtant pas un aspect secondaire, mais qui le définit de part en part au point que nos vies entières reposent sur lui ».* (Winnicott, 2015, cité par Worms)

Le « *cure* » signifiant le soin et le « *care* » : confiance, fiabilité prendre soin. La crainte de Winnicott est que le « *care* » disparaisse au profit du traitement qu'il nomme « *remedy* » au profit du « *cure* ».

Alors que la dimension d'un soin authentique ne peut selon lui dissocier « *le cure du care* ». A l'image de la pensée de Canguilhem qui considère l'être dans sa globalité. Si le « *cure* » (soin technique) dépasse le « *care* » (prendre soin, attention, confiance) il dépossède le soin de toute sa valeur.

Il est donc important de penser la relation de confiance sans séparer ces deux dimensions. Le soin ne présume pas la confiance il la fait naître !

En s'intéressant essentiellement au « *cure* » (soin technique) on passe à côté de l'essentiel qui est le lien affectif, la part relationnelle, celle qui soulève les émotions.

Lors de l'accueil d'un patient, là où se fondent les bases de la relation de confiance, le soignant s'accorde un temps pour le recueil de données « codifiées », dont l'objectif est rattaché au niveau organique ou pathologique. Ce recueil clinique est centré sur l'observation du patient fondé sur des connaissances acquises en vue de les évaluer.

Au cours de ce temps on ne laisse que très peu de place à la plainte du patient venant exprimer son mal être. Ce qui défavoriserait l'établissement de cette relation de confiance essentielle au soin, mais aussi l'expression de ce que le patient a à nous dire au travers de son cri, que ce soit de la colère ou de la peur.

*« La plainte des malades est majoritairement formulée en terme antalgique et généralement organique, l'attente d'une prise en charge globale, d'une attention ressentie au niveau fonctionnel apparaît dès qu'on laisse la parole se déployer quelques minutes, dès lors qu'on laisse advenir le récit de la souffrance » (Laplantine).*

Sachant que l'expérience de la souffrance est subjective et la compréhension de l'autre n'étant pas une évidence, il apparaît important de laisser une place à la parole qui véhicule le témoignage de l'expérience vécue par le patient.

Si on néglige la part relationnelle du soin qui devrait être présente à chaque rencontre dans la prise en charge du patient, on peut considérer qu'on annule les effets thérapeutiques du traitement. En effet, le soin ne se résume pas à un acte technique et codifié.

#### 4.2.4 Le soin un bien de consommation ?

Dans son livre Frédéric Dubas (2012) met en évidence la transformation du soin médical en bien de consommation.

En effet notre société consumériste nous a amenés à considérer les soins comme un bien de consommation devant répondre à une efficacité optimale associée selon lui au « *risque zéro, amenant les soignants à accepter que les actes coûteux soient évalués.* » (Dubas, 2012)

Le soin étant assimilé à un produit, il nécessite que sa qualité soit quantifiée pour être évaluée ce qui contribue selon lui à transformer une médecine basée « *sur une culture de moyen en une culture de résultats.* » (Dubas, 2012). Les soignants doivent rendre des comptes concernant leurs actes et en justifier les coûts en fonction de leur efficacité supposée.

Comment peut-on justifier l'efficacité d'une écoute, du temps informel passé auprès du patient afin d'entendre autre chose qu'un symptôme de sa maladie ?

L'auteur s'interroge sur « *la qualité du service rendu* » et pose la question : « *Le soin n'étant pas un produit concret, fini, objectivable, comment l'évaluer, le mesurer ?* » (Dubas, 2012)

La qualité est évaluée par des indicateurs qualités auxquels s'ajoute un protocole. Il prend l'exemple de la douleur en cours d'hospitalisation : celle-ci doit faire l'objet d'une prise en charge dans le service, avec une évaluation régulière à l'aide d'échelles d'évaluation adaptées et tracée dans le dossier patient. Un questionnaire de satisfaction est également remis au patient lors de sa sortie afin d'évaluer la qualité de sa prise en charge.

Il apparaît que lors de la prise en charge de la douleur post opératoire, le protocole peut s'avérer efficace, mais que lors de la prise en charge de douleurs chroniques le protocole n'est pas adapté à la plainte du patient.

En effet selon lui « *pour le patient chronique la douleur a trait au sens du symptôme, à la place qu'il occupe dans l'existence du sujet douloureux chronique. Et le sens d'une plainte ne peut être objectivé, quantifié mis en échelle. L'identification de la réactivation, à l'occasion d'une lésion somatique, de traumatismes psychiques du passé, ne peut qu'échapper à toutes grilles préétablies. La vraie qualité réside dans le temps passé à tenter de comprendre quelle souffrance existentielle de la douleur chronique révèle ou amplifie la douleur* » (Dubas, 2012)

Il en ressort que le « *fait d'utiliser des protocoles comporte un risque de se dispenser de penser ou du moins de ne pas considérer le sujet malade ou plaignant.* » (Dubas, 2012)

Il met en évidence comment le recours « *à des critères binaires et quantifiés, traités statistiquement est réductrice et dé subjectivante pour le malade.* » (Dubas, 2012)

En effet, la douleur est très subjective, elle dépend de plusieurs paramètres dont le vécu du patient fait partie. Un patient peut très bien exprimer une douleur qui demande juste de l'attention face à une angoisse profonde qu'il ressent. Un traitement chimique ne le soulagera pas et une échelle de la douleur n'évaluera pas sa vraie douleur.

Alors on peut se demander quel type de protocole peut-on rédiger pour répondre à la demande d'un patient au-delà de son symptôme ?

Car il s'agit bien d'autre chose que d'un symptôme mais plutôt d'une entrée en relation, une considération du patient en tant que personne, qui exprime par son cri de douleur quelque chose de plus. Quelque chose qui mérite que l'on s'y arrête et qu'on s'accorde le temps d'essayer de lui donner un sens.

On peut se rendre compte à quel point la communication, l'écoute, la relation sont donc au centre du soin.

## **4.3 Le cri comme mode de communication dans la relation**

### **4.3.1 La fonction psychique du cri**

Cora Dupant (2015) explore la fonction psychique du cri et en propose ce regard clinique « *le cri s'entend du côté du sujet et pas seulement comme consécutif à une pathologie* ».

En considérant ceci, on pourrait penser que l'entrée dans un établissement de soin désoriente le sujet, celui-ci se sentant en danger crie pour faire entendre une forme de rébellion.

Le cri serait alors un moyen d'adaptation à un milieu déstructurant, renvoyant au sujet une angoisse de mort.

« *Chez le sujet dément la pensée parcourt un chemin détourné,* » selon elle si on considère que « *la démence prend sa source dans l'angoisse de mort, elle pourrait être le socle du cri* » (Dupant, 2015)

Autrement dit la démence permettrait au sujet, au travers du cri de dire son angoisse face à l'approche inacceptable de la mort.

Pour Cora Dupant (2015) le cri aurait « *une fonction de défense* » permettant « *un contrôle de sauvegarde du psychisme en activant un fonctionnement mental de secours devant une situation impensable.* »

De ce point de vue le cri serait à l'image d'un ajustement psychologique au milieu permettant au sujet de surmonter l'angoisse de mort.

En effet selon Sigmund Freud trois instances sont présentes chez l'être humain « *le CA, le MOI, et le SURMOI* » celles-ci gouvernent nos comportements conscients et inconscients.

« *Le CA* » Représente les pulsions, il fait partie de l'inconscient, il permet de satisfaire un besoin et répond au principe du plaisir immédiat.

« *Le MOI* » Représente quant à lui la part consciente, la réalité. Il joue un rôle de régulateur et met en relation le « *CA et le SURMOI* ». C'est une sorte de sauvegarde, un mécanisme de défense qui permet de garder un équilibre psychique entre les instances.

Tandis que « *le SURMOI* » se constitue dans l'enfance face aux interdits, il représente la censure.

« *Le MOI, étant le régulateur, la sauvegarde de l'équilibre psychique* » se basant sur ce principe on pourrait considérer que le sujet confronté à une réalité qui lui est insupportable ait recours à des mécanismes de défense construits lors de son développement en vue de se protéger.

De même que Cora Dupant (2015) pense qu'en replaçant le sujet crieur dans son histoire et en considérant qu'avant d'être un sujet âgé, il a eu une existence qui est passée par les différents stades de la vie : du nourrisson à la personne vieillissante et que ces moments de vie sont restés ancrés dans sa mémoire.

On pourrait de la sorte considérer que l'institution reflète l'image de la mère. Et que le sujet ferait alors une rétrospective à l'enfance afin de parvenir à s'accommoder à l'environnement extérieur. Comme il a pu le faire lors de son développement lors de la construction du « *MOI.* » En effet, d'une manière inconsciente la personne âgée placée dans un lieu de vie se trouve au regard de sa propre finitude. Et de ce fait n'aurait d'autres possibilités pour la surmonter que d'avoir recours à ses « *ressources ontologiques* » dans lesquelles le cri prendrait place.

Dans l'hypothèse que l'appréciation d'une restructuration psychologique est nécessaire à chaque période importante de l'existence comme lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte.

On peut supposer que plus le sujet avance en âge, plus il prend conscience de l'imminence de son atonie, lui demandant de faire appel à des mécanismes de défenses tel qu'un retour aux instincts primaires de survie dont le cri fait partie.

De même que si l'on s'en réfère à la théorie de Wilfried Ruprecht Bion « *le cri serait un élément bêta* » c'est-à-dire « *une impression sensorielle non assimilée par la psyché, une expulsion de l'acte dans la réalité extérieure de matériel psychique non intégré.* » (Bronstein, 2012).

En d'autres termes ce que la psyché n'a pas pu digérer car indescriptible, il faudrait alors le projeter en dehors pour se protéger et éviter la destruction du psychisme. C'est ce que Wilfried Ruprecht Bion nomme la fonction Beta : « *Un élément brut corporel qui n'est pas ressenti donc non perceptible pour la pensée* » (Bronstein, 2012).

Pour convertir cet « *élément brut* » en substance psychique il faut le projeter sur un objet apte à le soutenir, le contrôler, le considérer, c'est ce que Bion nomme « *la fonction Alpha* »

Ceci correspond à l'attitude de la mère envers son bébé, Bion. « *Fait référence à la relation contenant- contenu* » (Bronstein, 2012).

Bronstein (2012) définit la contenance ainsi : « *La contenance est la capacité d'un objet à recevoir les identifications projectives d'une autre personne, à en faire l'expérience et à savoir s'en servir en tant que communication, à les transformer et à les renvoyer au sujet sous une forme modifiée* »

Si cette relation est inexistante et que le bébé ne peut pas projeter sur sa mère ce qu'il ne supporte pas il va développer des défenses pour se protéger qui peuvent devenir part intégrante de sa personnalité ou de son caractère.

Pour citer ce processus Wilfried Ruprecht Bion parle d'identification projective qu'il considère « *comme un mode de communication permettant de rendre ce qui est insupportable supportable.* » (Bronstein, 2012).

Ce concept fait référence à « *l'identification projective* » décrite par Mélanie Klein en 1946 : « *comme un moyen de défense qui permettrait de se délester par l'intermédiaire d'un fantasme inconscient en le projetant sur la mère et prendre possession de l'objet maternel* » (Bronstein 2012).

A l'inverse de la pensée kleinienne et freudienne citée précédemment, Bion voyait « *l'identification projective* » non pas seulement comme un processus de défense évacuateur dont l'enfant se sert pour se débarrasser d'un excès de données, mais comme la base de l'établissement d'une communication inconsciente.

Selon lui lorsque la concordance entre les activités de représentation et la cognition sont altérées comme en l'occurrence dans la démence, l'activité des représentations d'interprétation des éléments de la réalité ne sont plus possibles.

Un médiateur est donc nécessaire pour permettre l'élaboration du psychique.

Conformément à la théorie de Bion si l'on compare la relation contenant-contenu qui joue un rôle dans le développement de l'enfant à la défaillance des représentations et de la cognition chez le sujet dément, on pourrait supposer que la fonction occupée par la mère « l'objet de projection » pourrait être remplacé par l'institution.

Le cri serait ainsi une réplique à l'irascibilité de l'interprétation et constituerait un stratagème de défense et d'adaptation à ce que vit le sujet, pour lutter contre l'effondrement face à l'angoisse de mort que lui renvoie l'institution.

Cora Dupant (2015) décrit le cri comme « *un appel à la constitution du sujet* » lorsqu'elle compare le cri à une hypothèse freudienne, elle le décrit ainsi : « *il s'agit d'un étayage de la pulsion sur un besoin physiologique.* » (Dupant, 2015)

Suite à cette comparaison elle fait l'analyse que le cri serait « *un comportement et aurait une fonction de vie, d'un réflexe de vie il deviendrait réflexe de survie pour l'âgé dément* » (Dupant, 2015).

De même que Arthur Janov psychologue américain a instauré la thérapie primale pour qui « *l'inconscient est pour l'essentiel constitué des souffrances de l'enfance qu'il nomme la souffrance primale* » (Dupant, 2015).

Cora Dupant (2015) définit « *la thérapie primale* » comme suit « *pratique américaine qui réside dans la régression à un stade primitif dont le but est de relancer une partie de la construction psychique.* »

De même que Sigmund Freud évoquait « *que le refoulement de la souffrance était le principal mécanisme de défense permettant de se protéger* » pensée rejointe par Janov A. (Dupant, 2015)

Ce dernier émet quand même un obstacle pensant que « *ce mécanisme de défense* » engendre : « *une inconscience de Soi et un engourdissement du corps qui vont limiter la perception de Soi et des autres* » (Dupant, 2015).

Cette méthode met en exergue que le cri prendrait naissance dans le subconscient et ferait renaitre le refoulement de la souffrance.

Le cri prendrait-il fonction signifiante pour le sujet devenu muet ?

Etant donné que le corps est meurtri par la maladie, il n'a plus la capacité d'exprimer, de dire quelque chose, échappant au regard, à l'observation du soignant.

Serait-il un moyen de raviver le corps ?

« *La perte du discours verbal prive le malade de la possibilité universelle de mettre des mots sur des émotions pour gérer son stress* » (Ploton & Chronique sociale, 2010).

De ce point de vue le patient privé de son discours verbal n'aurait il comme autre moyen pour exprimer et se faire entendre son anxiété que de crier ?

Comme nous l'explique Manière (2010). Pour lui le cri aurait une fonction cathartique « *un effet anxiolytique, libérateur voire stimulant* »

Le sentiment de vide psychique serait-il ainsi comblé par le cri pour se sentir exister et lutter contre l'oubli, une continuité de l'être ? Venant apaiser par son intensité l'angoisse et les émotions négatives.

Cora Dupant (2015) met en évidence que le « *cri est synonyme de contre attitudes* ».

En effet, lorsque le soignant y est confronté il n'y répond pas forcément de façon adéquate, ou parfois pas du tout. La réponse, face à l'incompréhension laissant place au silence, le renvoyant à sa propre angoisse de mort.

Le cri serait-il alors un obstacle aux soins ?

### 4.3.2 Le cri comme un obstacle aux soins

Michel Grosclaude (2019), nous explique comment une personne qui crie représente un obstacle aux soins car il est difficile à comprendre pour la pensée et l'entourage. Et ce du fait de la complexité de son sens, et de ses diverses formes et fonctions.

En effet le cri est vécu comme intrusif dénué de sens et de solution.

Les soignants censés écouter et soulager la souffrance se trouvent confrontés à deux paradoxes « *soigner et faire taire* » (M.G., 2019).

Alors que, comme on a pu le voir précédemment la pensée psychanalytique chercherait à déchiffrer les mécanismes qui emmurent le sujet dans son isolement intérieur et son abandon du monde extérieur, les soignants eux se retrouvent dans un sentiment d'épuisement, de découragement, d'inutilité, et l'entourage dans un sentiment d'exaspération.

Le cri peut parfois être perturbateur, comme j'ai pu le démontrer dans ma situation d'appel.

Lorsque la résidente crie, elle dérange les autres résidents ce qui entraîne son isolement et fait d'elle un sujet au comportement perturbateur, dérangeant.

On pourrait comprendre que celui-ci est dérangeant par sa portée, son intensité, sa répétition.

Mais si on se place du côté du sujet, on pourrait s'interroger sur sa fonction et l'effet qu'il procure tant à celui qui l'envoie qu'à celui qui le reçoit.

Si bien que celui qui le projette, hurle par son intensité son ressenti face à une situation qui lui est insupportable et celui qui le reçoit le stigmatise d'irrecevable.

Mais qu'est-ce qui le rend irrecevable ? Est-ce la souffrance qu'il renvoie, plus que la nuisance sonore ?

Pourtant le cri humain est une expression vocale normale qui s'estompe après l'enfance au fur et à mesure de la maîtrise du langage et du vécu émotionnel. Malgré cela il est souvent dévalorisé même dans un environnement le justifiant comme lors de la communication d'un danger, d'une douleur ou encore un appel.

Ainsi comme cité plus haut lors de la définition du cri on s'aperçoit qu'il regroupe une multitude de contenus, sens, facteurs, causes, objectifs, fonctions selon l'état du sujet et de son environnement.

Par conséquent le cri est porteur de sens, il est polysémique. Sa fonction est l'expression des affects, que ce soit d'un point de vue subjectif ou collectif.

Il implique l'autre, le récepteur et oblige à penser sa place, son adresse et ses effets transférentiels et contre transférentiels.

Il est émis vers l'extérieur, en raison d'une cause, d'un déclencheur, d'un but à identifier, dans la mesure où aucune définition ne décrit le cri comme pathologique.

C'est pourquoi la stéréotypie et la stigmatisation du patient « crieur » montrent sa méconnaissance comme étant un symptôme tel qu'associé à un état démentiel donc pathologique.

L'HAS « *en établit une classification sémiologique et inclut le cri dans les comportements vocaux perturbateurs* ».

Les comportements vocaux perturbateurs ont un large champ d'exploration car ils sont souvent attribués à la personne âgée qualifiée de démentielle.

Ces comportements se manifestent sous la forme de cris de hurlements pouvant aller jusqu'à ce que l'on nomme une agression verbale : menaces, injures, langage abusif...

Expressions, bruits et propos incohérents sont autant de fonctions attribuées à ces comportements.

On le retrouve dans le DSM sous la forme de troubles perturbateurs tels que :

- Les troubles négatifs défiants (comportement hostile, inadapté envers la personne qui représente l'autorité)
- Trouble explosif intermittent (accès de colère et violence)
- Troubles du comportement

Mais on le retrouve aussi chez les enfants qui s'agitent et parlent d'une voix forte en classe ou lors d'agression et de rixe.

On voit donc à travers ceci que le cri ne doit pas être attribué uniquement à l'enfant ou à la personne âgée. Les parents crient sur leurs enfants pour les réprimander ! L'institutrice élève la voix pour se faire respecter en classe.

De cette façon tout ce que l'on qualifie de comportements perturbateurs pourrait en fait être qualifié de comportements ne répondant pas à la norme sociale.

Pourtant tous viennent dire quelque chose, que ce soit l'enfant qui crie car il a faim ou soif, le patient qui crie car il est inconfortable, ou le sujet qui crie sa colère face à une situation qui lui paraît anormale ou encore celui qui crie au secours parce qu'il se sent agressé.

De ce point de vue peut-on vraiment considérer le cri comme élément d'un comportement perturbateur ?

Ne doit-on pas essayer de décoder le message qu'il vient signifier ?

Michel Grosclaude (2019), émet plusieurs remarques sur divers plans :

- *« Plan théorique ensemble de symptômes psychopathologique, neurologique, hétérogène non spécifique de la maladie démentielle »*  
*« En identifiant comme seul critère commun le mode d'émission vocale »*
- *« Plan éthique identification du symptôme par un jugement de valeur négatif correspondant à la perturbation causée »*
- *« Plan thérapeutique une logique de soin à faire cesser le trouble par des activités d'animation, de conditionnement validant l'inutilité d'une approche psychologique compréhensive et l'absence de sens et de fonction du cri »*

*« Tout en ignorant le versant négatif de la sémiologie vocale : mutisme, passivité, retrait, dépression, glissement, symptômes non perturbateurs mais plus inquiétants que les productions vocales »* (M.G.,2019).

Au travers de cette analyse on remarque donc que le cri ne devient un symptôme que s'il est identifié comme caractère commun à un mode d'émission vocale. Alors que d'un point de vue éthique le cri se transformerait en condamnation à stature négative et au niveau thérapeutique on lui attribue un manque de sens et de fonction.

Pourtant on a pu voir que celui-ci a une fonction et un sens, qu'il n'est pas un symptôme et qu'il demande plus qu'un jugement de valeur.

Au risque de passer à côté de son sens propre car comme l'exprime Michel Grosclaude (2019), le silence peut exprimer bien pire qu'un cri donc mieux vaut l'entendre ! De telle sorte que lorsque le patient crie il dit encore quelque chose du sujet qui tente d'exister.

Une cure de Donald Woods Winnicott (2015, p. 59) citée par Périlleux T. *« Il arrive parfois que quelqu'un vous parle, et c'est en son absence, plus tard, que l'on comprend le sens de ses paroles. »*

Cette réflexion donne à penser que le cri en venant exprimer quelque chose serait un moyen de survie. Alors que le silence viendrait signifier la fin ?

D'ailleurs si l'on s'intéresse à des aspects spécifiques du cri comme la stéréotypie et le souffle cela en permet une meilleure compréhension.

En effet, la clinique réanimatrice donne des informations sur la fonction existentielle du cri et ses effets traumatiques lors de sa privation.

Le souffle sans qui le cri n'est pas possible est émis lors de l'effort. A l'expiration, quand l'effort perd de sa puissance le souffle diminue et transforme le cri en plainte, gémissement.

Sans la puissance de cet effort il n'y a pas de souffle donc pas de cri et pas de vie (le nouveau-né expire en criant). Le souffle est vital et fondamental pour l'existence.

La privation de souffle chez les patients réanimés engendre la privation des vibrations des cordes vocales, donc du cri et de la voix et peut engendrer des effets traumatiques impactant le comportement lors de la récupération.

En voici un exemple : En réanimation le patient est privé de sa capacité de crier, de parler, de souffler du fait de l'intubation. A l'extubation le patient retrouvant sa voix présente souvent des accès d'exaltation maniaque.

Il en est de même en réanimation néonatale, où des expériences ont montré que le nouveau-né ne pouvant expérimenter son cri et connaître sa voix, crie et appelle avec les alarmes.

Ceci demande donc à réfléchir sur la fonction de la voix investie par un cri et l'aspiration à faire taire « un cri perturbateur ».

L'utilisation du cri comme un mode d'expression alerte et interpelle au-delà de sa compréhension. C'est une manière d'exprimer sa propre personnalité à l'intelligibilité de celui qui peut le percevoir.

On pense souvent le cri comme dépourvu de sens, tant il est éloigné de la parole et qu'il n'a qu'une fonction de remplissage du vide.

Pourtant, loin de n'être qu'un remplissage du vide, il pourrait même être considéré comme un « trop plein » qui ne demande qu'à s'extérioriser afin de trouver le soulagement.

Selon Freud le cri « *fonde la compréhension mutuelle des humains* » (M.G.,2019).

La compréhension de l'autre passe par l'empathie. Alors comment l'empathie est-elle influencée par les représentations ?

### 4.3.3 L'influence des représentations dans la relation de soin confronté au concept d'empathie

L'empathie et les représentations, deux concepts agonistes et parfois antagonistes.

« *La représentation d'un sens étymologique vient du latin repraesentatio, représentation, action de replacer devant les yeux de quelqu'un. C'est donc l'action de se représenter quelque chose, de le rendre présent mais son sens varie en fonction de son environnement* » (Toupictionnaire : *Le dictionnaire de politique, s.d.*) donne cette définition de la représentation.

Rien qu'à travers cette définition on comprend que le cri permet d'être présent aux yeux des autres, en d'autres termes de tout simplement exister pour quelqu'un.

Ce dictionnaire lui attribue plusieurs sens :

Sens 1 : « *Action de concevoir ou de rendre sensible, présent à l'esprit, quelque chose, quelqu'un ou une idée au moyen de substitut, d'un artifice, d'une figure ou d'un symbole. Exemple : le langage est la représentation de la pensée, l'écriture la représentation du langage* »

Sens 2 : « *Ce substitut lui-même, l'image, la figure, ou le symbole qui permet de représenter un phénomène, un concept, une idée* »

On comprend déjà là comment les représentations influencent la perception.

En effet, le langage étant la représentation de la pensée on comprend donc comme on a pu le voir plus haut que le cri représente un mode de langage. Mais, il nous est expliqué que la représentation se commue aussi à une image, un symbole permettant par l'intermédiaire de la représentation d'élaborer une idée, voire une opinion.

De ce point de vue on perçoit l'impact de la représentation dans la relation et qui plus est dans une relation avec « *un patient crieur* »

Ce dictionnaire en fait ensuite une déclinaison en matière de société qui correspond en :

« *La manière de vivre d'une personne éminente par son rang social, sa dignité, sa fortune, ainsi que d'une personne qui se comporte comme dans une représentation de théâtre soumise au regard du public* » (Toupictionnaire : *Le dictionnaire de politique, s.d.*).

Être en représentation : « *Permet d'adopter en public une attitude ou comportement visant à donner aux autres une certaine opinion de soi, à paraître sous un certain jour, à se faire valoir, à afficher son rang social, à se montrer là où il convient d'être vu* » (Toupictionnaire : Le dictionnaire de politique, s.d.).

A travers cette dernière on pourrait interpréter les représentations d'un point de vue du patient qui au travers de ses cris se donne en représentation afin de « *se faire valoir, se montrer là où il convient d'être vu* » qui pourrait se comprendre comme un moyen de revendiquer son existence.

D'un point de vue philosophique la représentation est une « *Action qui permet de rendre quelque chose présent à l'esprit, de reproduire en lui des images, de concrétiser une pensée, au moyen de sens ou de la mémoire* » (Toupictionnaire : Le dictionnaire de politique, s.d.).

Si on s'arrête sur ce point à travers la représentation que l'on se fait du cri, serait-il un moyen de ne pas sombrer dans l'oubli ?

Mais aussi cette fois d'un point de vue du soignant cette façon de penser la représentation ne serait-elle pas une façon de se représenter le cri ? En effet, le cri en renvoyant sa représentation comme une « *Action qui permet de rendre quelque chose présent à l'esprit, de reproduire en lui des images* » ne deviendrait-il pas l'image qui empêche l'agir ? Et ce par ce qu'il renvoie au soignant sa propre expérience du cri.

D'autant que la représentation est synonyme de perception et de projection.

En effet, au travers de sa perception, à quelle projection le cri renvoie-t-il ?

D'un point de vue psychologique : C'est une « *Image mentale mémorisée que se fait un sujet à propos d'une pensée, d'un concept d'une situation, d'une scène, d'un objet, d'une personne etc. On parle de représentation mentale* » (Les représentations mentales, 1992, p.667) « *apparaissent comme des entités de natures cognitives dans le système mental d'un individu en fraction de l'univers extérieur à ce système* »

« *La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter de s'y définir une place)* » (Abric, 1999).

Les différentes interprétations et définitions du terme « *représentation* » apportent un éclairage sur la perception que l'on se fait d'un autre, d'une situation, d'un comportement et comment celle-ci impacte les réactions face à la situation rencontrée.

En effet, les représentations jouent un rôle prépondérant dans l'approche du cri selon qu'on lui attribue une vision fonctionnelle, ou qu'on le décode en se calquant sur notre propre système de référence, il obtiendra alors une réponse réactive à ce qu'il aura réveillé en nous.

Ce qui me conduit à me poser cette question : mais quand est-il du transfert dans la relation ?

Le transfert est un phénomène inconscient qui induit la projection d'une émotion, d'un sentiment, comme : lorsque le patient projette sa frustration, son désir vers le soignant.

Le transfert peut s'avérer parfois positif, dans le sens où il permet l'adhésion aux soins, mais dans une situation où le cri est utilisé comme mode de communication, il peut quelquefois entraîner l'effet inverse pour le soignant.

En effet, le contre transfert se constitue en une réaction inconsciente du soignant face à la projection du patient (c'est-à-dire au transfert dont il fait l'objet).

Par conséquent, lorsqu'un patient projette son angoisse en criant sur un soignant, celui-ci peut alors ressentir du rejet ou de l'agacement, face au cri du patient.

A tel point que cela peut altérer la prise en charge de ce dernier.

Dans la mesure où le soignant est comme tout être humain confronté à ses propres émotions, il l'est aussi lors de la réalisation des soins. Il paraît donc indispensable de pouvoir identifier les émotions et sentiments que celui-ci ressent, de manière à ne pas impacter la relation, car cela pourrait l'empêcher d'entendre le patient.

En d'autres termes, pour entendre les besoins du patient, il faut pouvoir les identifier.

Le besoin est une sensation de tension interne qui fait suite à un manque obligeant un passage à l'acte comme une sensation de soif nous obligeant à boire. Lorsque celui-ci est assouvi on se sent mieux et la sensation de soif disparaît.

Abraham Maslow, psychologue propose une hiérarchie des besoins qui a inspiré Virginia Henderson.

Il identifie Cinq groupes de besoins :

« *Besoins physiologiques* » constituant les besoins fondamentaux à la survie comme le sommeil, l'alimentation

« *Besoin de sécurité* » repose sur un sentiment de protection évitant l'anxiété

« *Besoin d'appartenance et d'amour* »

« *Besoin d'estime* » repose essentiellement sur la considération, une forme de reconnaissance et de valeur donnée à l'autre

« *Besoin d'accomplissement de soi* »

Ces besoins varient en fonction de la culture, du niveau socio-économique, de l'âge et de l'éducation.

Alors que le désir a son origine dans l'inconscient, il constitue la forme émotionnelle de l'expression du besoin. Il peut se dire par exemple au travers d'un cri.

Selon Jacques Lacan, la demande se situe entre *le besoin et le désir*.

Pour Monique Formarier (2007/2) la « *notion de besoin objectivé cache une autre demande (désirs) confus, plus personnelle, souvent difficile à décrypter et qui ne peut être entendue par le soignant que dans le cadre de la relation de confiance qui sort des chemins standardisés* ».

On comprend donc que les demandes peuvent être explicites claires et précises ou implicites manifestées sous une autre forme qui pourrait être le cri.

En effet, les émotions qui animent les patients, ainsi que les soignants sont autant de perturbations qui parasitent la relation.

Les soins relationnels à travers une écoute active et le concept d'empathie permettent la reconnaissance de ces besoins.

« *L'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son mode à soi, sans jamais perdre la qualité de « comme si »* (Pedinielli, 1994).

A l'image de cette définition de l'empathie, on entend une attitude qui permet de comprendre l'autre et ce qu'il ressent. En tenant compte de la valeur de sa propre représentation et manière de l'éprouver « *comme si* » cela nous appartenait.

Selon Jean Decety « *L'empathie aurait deux composantes primaires :*

- 1) *Une réponse affective envers autrui qui implique parfois un partage de son état émotionnel*
- 2) *La capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects* » (Chapelle, 2004).

Cette deuxième interprétation de l'empathie explique d'une part comment nos affects influencent notre état émotionnel et ensuite la nécessité de prendre conscience de la subjectivité de l'autre sans méprise face à nos propres ressentis.

En effet, le cri peut nous renvoyer un côté primaire voire bestial et agressif.

Il est important de l'accueillir en faisant abstraction de nos propres références mais plutôt en prêtant attention aux références que celui-ci évoque chez le patient.

Le fondement de l'empathie étant l'écoute « *non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. C'est dans les situations où les individus se sentent réellement écoutés qu'ils expriment le plus et le mieux, c'est-à-dire le plus authentiquement possible...*

*Celui qui souhaite faciliter l'expression de l'autre est donc soumis à deux impératifs :*

- *Manifester cette attitude de compréhension*
- *Contrôler ses réactions spontanées qui vont beaucoup plus dans le sens de l'évaluation, de l'interprétation, et de l'aide ou du questionnement que celui de la compréhension* » (Abric, 1999).

En d'autres termes, la production et l'accueil d'un message utilisent deux mécanismes.

Le premier mécanisme débute dans la conscience ce qui permet la compréhension et le second dans l'inconscience qui demande une maîtrise de la réactivité de la résonance, dans l'objectif de permettre une réponse adaptée à la réception du message.

De plus les attitudes émanant du soignant vers le patient serviront aussi d'appui à l'instauration de la relation de confiance.

Pour conclure, sans confiance pas de relation et sans relation pas de soin.

Nous sommes confrontés à des êtres vulnérabilisés et sommes aussi des êtres vulnérables comme on a pu le voir précédemment. Chaque être humain possède sa propre histoire, son propre caractère et sa propre perception des choses et de son environnement. Ce qui fait de lui un être unique.

Il est donc essentiel de le considérer, de l'entendre et de lui permettre de s'exprimer et se comporter en tant que personne unique, dans le respect de qui il est, sans jugement, ni représentation. Ceci est la condition essentielle pour pouvoir répondre en qualité de soin aux besoins d'un patient, en tenant compte de sa globalité d'être et non de son symptôme ! Le silence, les mots, les cris, le corps, viennent tous dire quelque chose de l'être. Il est important de se poser, de prendre le temps d'écouter et d'entendre afin de pouvoir apporter une réponse adaptée à la demande.

Maurice Merleau-Ponty (1979, op.cit., p.173) compare le corps de l'humain à une œuvre d'art et dit : « *Une œuvre d'art est un individu, c'est-à-dire un être où l'on ne peut distinguer l'exprimé de l'expression, dont le sens n'est accessible que par un contact direct qui rayonne sa signification sans quitter sa place temporelle et spatiale* »

#### **4.4 Synthèse du cadre de référence**

Le cri est un mode de langage que l'on rencontre régulièrement dans les situations de soins mais aussi dans les relations de vie courante. Il est souvent identifié comme un élément perturbateur vide de sens.

Cependant l'exploration des diverses définitions du cri m'ont permis de mettre en évidence le sens que possède le cri suivant l'époque dans laquelle il se situe, ainsi qu'au travers du temps et de l'espace. Mais aussi de découvrir ses multiples fonctions en relation avec la perception que l'on s'en fait.

En conséquence il signifie toujours quelque chose, comme l'expression de la vie, d'une angoisse, d'un danger, ou est simplement un médiateur de message.

Il peut aussi être la représentation d'un état psychique ou moral des affects comme la colère, l'angoisse, ou tout simplement un appel. Il peut même faire office de protestation face à une situation insupportable.

De nos jours, le cri n'est plus autorisé ni reconnu, comme ce fut le cas à l'époque du Moyen Age. Utilisé comme mode d'expression, de communication, facteur de liens sociaux et considéré comme un mode de langage à cette époque, son intonation et son intensité permettaient de définir l'orientation du message adressé.

Par ailleurs, le cri peut s'exprimer au niveau corporel par des manifestations physiques, comme on a pu le constater au travers de la représentation du tableau : le cri de Munch, qui demande une observation et une écoute au-delà du symptôme qu'il pourrait représenter.

Quant à sa fonction psychique, il ne représente pas un élément venant combler un vide, mais un mode de substitution permettant la survie de cette fonction.

Enfin, ce mode de communication peut s'avérer être un frein à la relation dans la mesure de son incompréhension.

Néanmoins malgré ce qu'il peut renvoyer et susciter comme affects, il nécessite une compréhension et une écoute permettant ainsi d'identifier son sens et sa fonction.

Au terme de cette analyse, on peut donc comprendre que le cri est un mode de langage, certes moins familier, mais qui comme les autres modes de communication, doit être pris en considération dans la relation de soin. Il nécessite une écoute active et une attention particulière, en vue de répondre aux besoins et attentes des patients comme nous le demandent les règles de déontologie de notre métier, ainsi que notre « savoir être » et éthique professionnelle.

## **5 Enquête exploratoire**

### **5.1 L'entretien semi directif**

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai fait le choix de mener des entretiens semi-directifs.

Un entretien : « *est à la fois une situation et un outil de recueil de données. Il se caractérise par un espace-temps délimité et une rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* » (Eymard, C., 2003 p.91).

En effet, le choix de cet outil me paraît plus adapté comme technique de collecte de données, car je recherche avant tout une rencontre avec des professionnels en vue d'un échange autour de leurs ressentis et de leur perception lors de situations de soin où ils se trouvaient exposés au cri. L'idée est de recueillir des informations sur ce qu'on entend à travers cette manifestation, ce qu'elle nous renvoie et comment on l'interprète.

Entretien semi-directif se définit par « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives.* » (Imbert, 2010).

Le choix de cet outil fait référence au fait que je souhaitais avant tout établir une discussion autour d'un thème. Les questions de mon guide d'entretien sont donc assez vastes et ce volontairement pour pouvoir amener une discussion autour de ce thème.

L'idée n'était pas d'entrer en contact direct avec des situations exposant au cri. En effet mon mémoire parle du cri en situation de soin mais aussi de son évolution dans le temps. Je ne voulais donc pas orienter les réponses au travers de mes questions. Je voulais que la réflexion vienne du soignant afin qu'il le place lui-même dans un contexte ou une fonction.

J'ai mené ces entretiens sous forme d'échanges, c'est-à-dire, que j'ai posé les questions présentes dans mon guide afin de ne pas perdre de vue mes objectifs, mais j'ai aussi rajouté au cours de l'entretien des questions en fonction des réponses qui m'étaient fournies en vue d'approfondir la pensée de mon interlocuteur.

Le départ de tous mes entretiens était orienté sur la connaissance de la personne et son parcours professionnel. J'ai donc débuté chacun de mes entretiens en demandant à la personne de se présenter et de me parler de son parcours professionnel. Et bien évidemment je m'étais présentée avant, en expliquant le but de ces entretiens qui est d'enrichir mon mémoire par l'analyse de ce recueil de données sur les perceptions de chacun face à mon sujet.

## **5.2 Population choisie**

J'ai choisi de questionner des infirmiers et infirmières, le genre n'ayant aucun impact sur mon cadre de référence. Et j'ai souhaité ne pas poser de restriction d'âge ou d'années d'expériences, afin de pouvoir questionner autant des novices que des experts. Ce, pour pouvoir comparer la perception de chacun lors d'une exposition au cri et de savoir si le temps et la répétition avaient un impact sur la façon de l'appréhender.

## **5.3 Lieu d'investigation**

Concernant les lieux je pense qu'il y a des services où le cri est plus représentatif, comme c'est le cas dans les services d'urgences.

En effet, dans ce type de service se succèdent de nombreux patients, d'âges différents, angoissés par leur situation, nécessitant souvent une attente interminable, un personnel pas toujours disponible ou à l'écoute. L'objectif d'un entretien avec un infirmier travaillant aux urgences est de pouvoir analyser comment sont perçus les demandes et besoins du patient et quelles sont les réponses apportées.

Ensuite le service de soins palliatifs me semble être un lieu régulièrement confronté au cri. Les patients hospitalisés dans ce service sont atteints de pathologies graves et incurables. Ils sont pour la plupart en fin de vie. Le travail du personnel de ce service est d'essayer de répondre au mieux aux différents besoins de ces patients confrontés à cette phase ultime de leur vie.

La parole du patient, quel que soit le mode de communication utilisé, a donc ici toute son importance et doit être entendue. Ces entretiens vont me permettre d'identifier l'attitude des soignants face à une situation où l'inéluctable angoisse de mort ne s'exprime pas toujours par les mots.

Et pour finir les EHPAD, les services gériatriques sont des services où les patients sont généralement accueillis pour des séjours prolongés, ce qui permet normalement d'établir une relation de confiance avec les patients-résidents. En même temps, cela peut générer une forme de chronicité qui peut amener le soignant à ne plus faire vraiment attention au respect des demandes et parole de la personne. J'aimerais donc connaître l'impact que le cri peut avoir sur la relation soignant-soigné et comment il peut altérer celle-ci. De plus ma situation d'appel se déroulant dans un EHPAD, le cri de cette résidente qui a soulevé mon questionnement m'amène obligatoirement à interroger d'autres professionnels travaillant dans ces établissements afin de connaître leur perception.

## **5.4 Guide de l'outil**

Pour mener à bien mon enquête exploratoire, j'ai posé plusieurs questions portant sur les différents concepts de mon cadre de référence.

Le but de ces questions était de pouvoir obtenir une réponse à ma question de départ par des infirmiers exerçants dans divers services.

J'ai souhaité tout d'abord poser deux questions sur ce qui interpelle les soignants dans leurs pratiques en références à leurs compétences :

- Quand vous êtes en service, quels sont les événements concernant les patients qui attirent votre attention ?
- Qu'est ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?

Ensuite, je me suis intéressée à l'interprétation des demandes des patients et leurs perceptions en fonction du mode d'expression de celles-ci :

- Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner un exemple ?
- On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ? Pouvez-vous donner des exemples ?
- Arrivez-vous à différencier les cris ?
- Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement ?

J'ai terminé mon entretien par les questions relatives à l'intérêt porté au cri :

- Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?
- Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?

Vous pouvez retrouver l'intégralité des entretiens retranscrits avec mes grilles d'analyse en annexe.

## **5.5 Analyse**

### **5.5.1 Entretien par entretien**

#### **Entretien N°1 Infirmière en soins palliatifs**

Le premier entretien que j'ai mené était auprès d'une infirmière travaillant en soins palliatifs depuis seize ans. Mais étant en fin de carrière, elle avait eu l'occasion d'exercer son métier dans différents services et dans des domaines très variés.

Quand je lui ai demandé quels étaient les éléments qui attiraient son attention lorsqu'elle était en service, elle m'a expliqué que ce qu'elle observe en premier lieu chez le patient, c'est son attitude, s'il est souriant ou crispé, s'il est fermé ou dans le contact.

Ensuite, elle repère sa position, s'il est dans son lit ou son fauteuil, recroquevillé ou détendu, ainsi que l'aspect de son faciès. Enfin, quel est son environnement ? Qu'est-ce qui peut alerter d'un inconfort, d'une douleur ou d'un mal-être ? (IDE1, L16 à 22)

Mais aussi, s'il peut s'exprimer et dire s'il est douloureux ou angoissé. S'il ne peut pas s'exprimer ce sera l'observation du visage et des attitudes qui renseignera sur l'état du patient (IDE1, L27 à 30). Ce que cette infirmière a voulu m'expliquer c'est que l'attention portée à un patient consiste tant à l'observation de celui-ci au travers de sa posture que de sa communication verbale et non verbale. L'observation a pour but d'essayer de comprendre ce qui se passe afin de pouvoir alerter si besoin. Ensuite, l'appel aux compétences IDE représente pour elle tout ce qui touche à l'inconfort. (IDE1, L36). Le rôle de l'infirmière est de faire l'évaluation des besoins et demandes des patients pour en référer au médecin (IDE1, L44).

Son rôle propre est de prendre soin du patient et faire en sorte que le patient soit le moins inconfortable possible et qu'il soit en confiance. Elle m'explique l'importance de prendre en considération la demande du patient (IDE1, L113). Il faut être en capacité de mettre des mots sur ce qu'il ressent, sa gêne, sa douleur, ses angoisses. Concernant le mode d'expression des demandes utilisées par les patients, elle me répond que les patients s'expriment soit par des cris, des plaintes, soit par la verbalisation (IDE1, L62). Et que la demande peut être un appel si par exemple : « *le patient n'a pas la sonnette à proximité, il peut crier pour appeler quelqu'un* ». Mais elle précise que le cri peut aussi correspondre à un appel pour satisfaire un besoin de présence, ou le soulagement d'un inconfort ou d'une douleur (IDE1, L67). Elle convient que cette demande peut être exprimée clairement avec des mots mais que lorsque l'expression des mots n'est pas possible il faut essayer de comprendre par d'autres moyens. Selon elle l'appel peut se faire à l'aide d'un cri, de plaintes exprimées verbalement ou non allant parfois jusqu'aux hurlements (IDE1, L103 à 108). Elle insiste sur l'importance de faire la distinction entre une personne qui présente des troubles cognitifs et celle qui n'en présente pas car l'expression est différente. Et elle s'interroge sur la capacité de ces personnes à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent comme : la peur, le sentiment de solitude, l'angoisse...

Lorsque je l'interroge sur ce qu'elle pense « *des patients crieurs* » elle me dit que si un patient crie c'est soit, suite à un besoin (auquel elle va essayer de répondre,) soit du fait de troubles cognitifs qui peuvent entraîner une désorientation, des hallucinations, des visions effrayantes. (IDE1, L126 à 127). Il peut crier aussi parce qu'il est seul dans sa chambre et n'a pas d'autre moyen pour alerter s'il a besoin de quelque chose. (IDE1, L132 à 133)

Elle différencie les cris de demande qui correspondent à un besoin ou un appel (IDE1, L136). Les cris de douleur qui correspondent à une plainte ou un gémissement (IDE1, L138) ou le cri

de peur signe d'un danger (IDE1, L144). Elle me précise aussi que selon son intensité son expression est différente (IDE1, L139), que le cri dépend du contexte et de son environnement (IDE1, L145).

Enfin lorsque je l'interroge sur les situations dans lesquelles, elle a porté un intérêt au cri, elle me dit que le cri occasionne une gêne car c'est une situation anormale (IDE1, L149 à 151). Lorsqu'elle entend un cri elle va voir le patient, elle lui parle, lui prend la main et essaie de le rassurer et de comprendre pourquoi il crie (IDE1, L159). Si les cris perdurent, elle me dit que c'est difficile à entendre, à vivre et à supporter. Qu'ils engendrent un impact émotionnel pour le soignant et l'entourage du patient (IDE1, L156). Mais qu'elle y porte un intérêt car pour elle un cri demande une réponse. Parfois la réponse est inadaptée, agressive, sans empathie c'est surtout le cas lorsqu'il se répète. Mais cela peut aussi être dû au manque de disponibilité du soignant ce qui influencera donc sa réponse (IDE1, L179 à 185).

En effet, elle m'explique que la charge de travail, la fatigue, les soucis personnels sont autant d'éléments qui peuvent avoir un impact sur la réponse apportée. Et parfois ne pas pouvoir apporter de réponse adéquate renvoie de la culpabilité au soignant, engendre un mal-être pouvant aller jusqu'au burn-out (IDE1, L201 à 208).

## Entretien N°2 Infirmière en service d'urgence (1)

J'ai effectué mon deuxième entretien auprès d'une infirmière qui travaille depuis cinq ans aux urgences et qui possède sept ans d'expérience.

Lorsque je lui demande quels sont les événements concernant les patients qui attirent son attention, elle m'explique que les urgences sont des lieux bruyants et que le bruit y est constant. De ce fait elle porte une attention aux bruits qui sont inhabituels, c'est-à-dire, ceux qui correspondent à un cri de douleur ou un mécontentement pour le patient et aussi un cri d'appel à l'aide pour un soignant. (IDE2, L10 à 17). Elle me dit qu'il faut toujours une oreille pour écouter. (IDE2, L27)

L'appel aux compétences sera orienté principalement sur l'urgence (la priorité) de la demande. Ce sera différent si c'est un cri de douleur ou un appel pour *une « broutille comme demander un oreiller »* (IDE 2 L. 39 à 40). La priorisation des soins va correspondre à l'importance de la demande. (IDE2, L35 à 36). Les patients expriment leurs demandes sous plusieurs formes, cela va dépendre de la personnalité, de la pathologie et de l'âge (IDE2, L50 à 51).

Mais la différence sera aussi marquée par la présence ou non d'un handicap (ex : un patient sourd et muet) (IDE2, L57). De même si la personne présente des troubles cognitifs tels que de la démence, elle exprimera sa demande de façon différente et pourra s'égarer dans son discours. Elle pourra également utiliser un mode d'expression non verbal (IDE2, L63 à 73). Je lui demande ce qu'elle pense des patients qui crient dans les services. Elle me répond qu'il faut évaluer la situation car il y a beaucoup de choses qui rentrent en ligne de compte (IDE2, L 76). Il faut essayer de connaître la nature du cri, car il comporte plusieurs émotions telles que : la colère, la détresse, le mécontentement, la peur, la douleur. Elle me précise que celui-ci peut amener à un énervement par manque de compréhension sur le fonctionnement du service (IDE2, L78 à 82).

Mais pour elle il y a toujours une cause au cri (IDE2, L90).

Selon elle sa répétition peut être usante et perturbante et peut effrayer un jeune diplômé (IDE2, L101 à 103).

Grâce à « *l'expérience on arrive à avoir une position de dessus, avoir des mots plus hauts et un ton plus ferme pour le canaliser* » (IDE2, L105 à 108).

Selon elle le cri correspond à une forme d'agressivité, car même un cri de douleur peut selon la durée devenir déboussolant. Elle me précise que ce n'est pas anodin d'entendre crier à longueur de journée (IDE2, L110).

Et que l'être humain n'est pas apte psychologiquement à le supporter (IDE2, L112 à 113).

En effet selon elle l'empathie et le self contrôle ne sont pas toujours faciles à mettre en pratique car l'être humain est empreint d'émotions (IDE2, L118).

Elle fait la différence entre un cri de mécontentement, de douleur, de colère, de tristesse, d'alerte. Mais aussi un cri « pour rien » ou de mal être. Elle m'explique que ce qui lui permet de faire la différence entre les cris c'est l'intonation de la voix. Que cela dépend du tempérament, du caractère de la personne et de la connaissance que l'on a de certains patients. (IDE2, L86 à 92).

Pour pouvoir les replacer dans l'environnement il faut tenir compte du contexte et prendre en compte les émotions, l'intonation de la voix. La connaissance de la personne, son caractère, son tempérament et le motif de son hospitalisation orientent sur la nature de la plainte. (IDE2, L 148).

Enfin, je lui ai demandé quelles étaient les situations où elle a porté un intérêt au cri, elle me répond : un jour un père a amené son fils inconscient aux urgences Il poussait des cris de détresse, cette situation a attiré son attention. (IDE2, L208 à 212). Elle m'explique que dans cette situation les soignants ne crient pas car cela n'est pas adapté. (IDE2, L223).

Elle m'explique que si elle a porté un intérêt au cri dans cette situation c'est parce que c'étaient des cris qui restent ancrés. Elle-même a fini par crier pour alerter les médecins et l'équipe de l'arrivée de ce patient, mais qu'ensuite elle a gardé son calme et essayé de comprendre la situation en priorisant la relation soignant/soigné afin de faciliter l'adhésion aux soins. Elle m'explique qu'aux urgences les infirmiers ont un rôle de tampon. (IDE2, L184). Ensuite elle me fait part de l'importance de pouvoir en parler en équipe, que c'est indispensable de s'écouter, de travailler sur soi pour identifier ce que cela renvoie et essayer de comprendre ce qui se passe en soi. Elle me dit que son mécanisme de défense à elle c'est de rire pour dédramatiser et que la cohésion d'équipe est importante. (IDE2, L242 à 246).

### **Entretien N°3 Infirmier en service d'urgence (2)**

J'ai ensuite interrogé un autre infirmier aux urgences depuis trois ans, diplômé depuis 2012. Cet infirmier a travaillé en orthopédie, urologie et chirurgie et alterné des postes de nuit et de jour. Il est depuis un an de jour aux urgences.

Lorsque je lui demande quels sont les événements qui vont particulièrement attirer son attention, il me répond qu'aux urgences on est souvent interpellé par les cris des patients ou des accompagnants (IDE3, L11 à 12).

Ensuite il m'explique que les compétences utilisées sont essentiellement centrées sur l'analyse pour pouvoir caractériser la demande (IDE3, L19 à 20).

Si la demande est verbalisée comme lors de l'expression d'une douleur, il faut savoir de quel type est cette douleur (IDE3, L21) afin de pouvoir différencier une verbalisation d'une situation de stress angoissante. Car c'est grâce à cela qu'il va pouvoir mettre en action ses compétences qui vont lui permettre de faire la différence entre les diverses demandes et pouvoir prendre les mesures adaptées. (IDE3, L 22).

Selon lui un patient peut exprimer une demande de plusieurs façons mais en premier lieu c'est par la parole (IDE3, L29 à 30) en second lieu par la gestuelle. (IDE3, L31).

Le rôle propre selon lui réside en la capacité à déceler par l'observation les signes de détresse quels qu'ils soient. Et ensuite il faut prêter attention aux signes comme la pâleur, la sueur qui donnent des indications sur l'état du patient (IDE3, L32 à 34).

Lorsque je lui demande ce qu'il pense lorsqu'il entend un patient qui crie, il me répond que cela dépend du service et de la situation (IDE3, L38). Il m'explique que les personnes démentes poussent des cris et que ces cris-là ne sont pas vraiment inquiétants. Car l'état cognitif de ces patients serait responsable du fait qu'ils crient beaucoup. Mais il me dit qu'il faut quand même y prêter attention car parfois ils peuvent crier à la suite d'une chute. Selon lui dans les services d'urgence on n'y fait plus attention (IDE3, L39 à 42).

Car dans ce type de service les cris sont justifiés, ils sont liés à la douleur et par rapport à d'autres services ils y seraient plus réceptifs (IDE3, L44 à 45).

Concernant le fait qu'il porte moins d'attention aux personnes présentant des troubles cognitifs, il m'explique que c'est le côté humain. Car quand un patient crie toute la journée et toute la nuit il a tendance à ne plus y prêter attention, et réalise les choses qu'il considère plus urgentes (IDE3, L49 à 55).

Il m'exprime aussi sa difficulté à différencier les cris (IDE3, L63). Toutefois il différencie quand même le cri de plainte, d'angoisse, de douleur, et me précise que c'est avec la pratique qu'on y arrive. (IDE3, L68 à 70). Par rapport à l'environnement il fait référence au cri d'impatience mais que cela dépend aussi de la situation (IDE3, L73). Il y a aussi les cris induits par les soins (IDE3, L74). Mais que les cris d'impatience sont souvent retrouvés dans la salle d'attente et que le cri d'angoisse est plus en relation avec le soin effectué (IDE3, L75 à 76).

Enfin les situations qui lui ont demandé de porter un intérêt aux cris sont surtout liées aux patients et familles qui manifestent des comportements agressifs car ils ne comprennent pas le fonctionnement des services d'urgence (IDE3, L79). Il m'explique que parfois il crie plus fort qu'eux. (IDE3, L81). Et que souvent les plaintes moins justifiées font moins réagir (IDE3, L81).

Il m'explique alors qu'il porte un intérêt au cri dans le cadre d'une agression, lorsqu'il se sent agressé c'est un moyen de défense. (IDE2, L85 à 86). Mais il y porte aussi un intérêt lors de la réalisation des soins car il arrive à déterminer si c'est justifié ou non. (IDE2, L87 à 88).

Il trouve que le cri est perturbateur quand il est agressif surtout pour l'entourage et en plus dit-il : « *ça renvoie à notre propre colère* ». Il pense que cela peut amener au dégoût de son travail, car il se fait crier dessus tout le temps par des personnes qui ne comprennent rien au système de santé. (IDE2, L91 à 105).

Il me précise que la solidarité et le sourire de l'équipe sont importants pour faire face. (IDE2, L107).

### **Entretien N°4 Infirmière en service d'urgence (3)**

J'ai ensuite effectué un dernier entretien au service des urgences auprès d'un infirmier jeune diplômé qui travaille dans ce service depuis un an et qui travaillait en service psychiatrique avant.

Pour lui les évènements qui attirent son attention surtout aux urgences sont les manifestations par la voix et les gestes. Car selon lui lorsque le patient a des difficultés à communiquer il communique avec ce qu'il a, soit la voix soit les gestes. (IDE4, L8 à 11). Il m'explique ensuite que ce qui fait appel à ses compétences c'est d'être capable de répondre à une situation d'urgence. Mais que surtout c'est être capable d'être à l'écoute du patient qui veut dire quelque chose au travers d'un cri ou d'une posture. (IDE4, L18 à 21).

Le cri selon lui amène à notre curiosité personnelle et professionnelle, ainsi qu'au savoir-être et savoir écouter. (IDE4, L22).

Il m'explique qu'un patient peut effectuer une demande soit oralement avec un questionnement ou par l'intermédiaire d'un accompagnant lorsqu'il ne peut pas l'exprimer (IDE4, L28 à 30) et que parfois il fait appel à la personne de confiance ou qu'il consulte les directives anticipées pour connaître la volonté et le souhait du patient. (IDE4, L32).

Je lui demande ensuite ce qu'il pense des patients qui crient dans les services. Il me dit que les cris sont réguliers aux urgences, qu'il y a des cris de panique mais que c'est en fonction de l'état du patient. (IDE4, L38). Mais que les patients qui présentent des troubles cognitifs, poussent plus souvent des cris de panique que de douleur. (IDE4, L39). Et que pour lui c'est difficile de se positionner en fonction du cri. Si c'est un cri de douleur forte ou un cri de peur car « *une personne qui a peur n'a pas forcément mal* » (IDE4, L40).

Selon lui c'est une globalité, il faut faire attention aux signes annonciateurs, une douleur très forte est le signe d'une dégradation mais il me précise qu'il faut aussi se méfier du silence (IDE4, L40).

Pour arriver à différencier les cris il faut tenir compte du contexte (IDE4, L62). Car pour les enfants ce sont plus souvent des cris de panique qui dépendent aussi du contexte et de l'environnement qui lui est inconnu. (IDE4, L64 à 65).

Pour lui le cri c'est quelque chose que l'on ressent, mais il est aussi visuel en fonction de l'expression du visage. (IDE4, L69 à 71).

Pour pouvoir les différencier il faut aussi selon lui tenir compte de la pathologie « il y a des maladies qui forcent le cri, ex : La maladie de Gilles de la Tourette qui induit des cris inopinés et des sautes d'humeur. Mais pour lui il existe deux grands types de cris : peur et douleur. Mais il ajoute qu'il existe aussi des cris de colère liés à l'attente. Dans ce cas le cri est dirigé sur un personnel alors qu'en réalité il est adressé à l'institution. Et enfin il me dit qu'il y a des patients qui crient sans raison, des cris intempestifs comme « crier au loup ». Selon lui le cri définit une émotion et la volonté de faire passer un message. Et que le principe même du cri c'est qu'il soit entendu. Le cri « est un appel à agir ». Mais il attire mon attention sur le fait qu'il faut faire attention car parfois le cri peut être tronqué par le traitement ou la maladie comme par exemple pour les maladies psychiatriques (IDE4, L141 à 151). Mais avec l'expérience on arrive mieux à faire la différence. (IDE4, L87).

Un environnement inconnu peut engendrer un cri de peur (IDE 4, L65). Selon lui le cri se ressent, on le voit sur le visage, le cri peut avoir une image. (IDE4, L77). Il m'explique que la douleur se voit « des cheveux jusqu'aux orteils » (IDE4, L79). La peur se voit sur le faciès et le patient l'exprime via son cri (IDE4, L80). Il faut donc être observateur et minutieux (IDE4, L82). Enfin il m'explique qu'il faut prendre du recul pour ne pas tout mélanger en les replaçant dans leur environnement (IDE4, L83 à 86).

Je lui demande de me décrire une situation où il a porté un intérêt au cri. Il m'explique alors qu'aux urgences on peut croire que quand quelqu'un crie c'est grave.

Mais pourtant c'est souvent de la peur et il exprime donc l'importance de faire aussi attention aux silences qui peuvent aussi signifier une douleur parfois plus grave. Comme c'est le cas lors de brûlures, car les plus dangereuses sont celles qui ne font pas mal. (IDE4, L96). « *Un silence vaut mille mots* » (IDE4, L109). Il m'explique qu'il a vu un patient admis pour des coliques néphrétiques non calmées par un antalgique. Ce patient suppliait les soignants de le soulager. Dans ce cas-là c'est une situation de non-retour où ses cris, son faciès et son comportement définissaient sa douleur (IDE4, L118 à 131).

Il m'a dit qu'il avait porté un intérêt au cri de ce patient car celui-ci définit une émotion, une volonté de faire passer un message. Il me répète que le principe même du cri c'est d'être entendu. (IDE4, L173 à 174). Il me précise que l'émotion peut faire écho (IDE4, L178).

Le cri est un appel à l'agir, à faire quelque chose, il renvoie une image de douleur, de peur, une image d'action. Face à quelqu'un qui crie il faut faire quelque chose à l'instant T même si c'est juste rassurer. Un cri ne peut pas tomber dans l'oubli. (IDE4, L194 à 200).

Mais il pense que les gens devraient utiliser ce mode d'expression uniquement en cas de douleur ou de panique. Il me précise que lorsqu'il s'agit d'un cri de panique c'est un cri subit car il permet de limiter la peur et que c'est propre à l'humain (IDE4, L212). Mais que c'est aussi propre à l'affrontement du règne animal de crier pour limiter sa peur. Tous les carnivores sont des animaux qui crient, il me donne l'exemple du lion qu'il compare au principe même de l'humanité (IDE4, L215 à 217).

## Entretien N°5 Infirmière en EHPAD

La dernière infirmière que j'ai interrogée travaille en EHPAD. Elle me dit que son attention est souvent sollicitée car cet établissement comporte une population de résidents essentiellement atteints par des troubles psychiatriques (IDE5, L10 à 11) et que cela pose un souci car tout le monde n'est pas formé pour prendre en charge ce type de résidents. (IDE5, L13). Elle me dit qu'elle entend du bruit, de la violence entre les résidents qui se donnent des coups de canne. (IDE5, L16).

Les cris des patients ou un patient apathique est pour elle un appel à ses compétences (IDE5, L20). Ainsi qu'un patient qui n'a pas le même comportement que d'habitude (IDE5, L21).

Elle m'explique que comme c'est un lieu de vie, elle les connaît et qu'elle peut donc voir quand quelque chose ne va pas (IDE5, L22 à 23). Et que parfois c'est une aide-soignante qui va lui dire « *que ça ne va pas* » (IDE5, L25 à 26).

Elle me dit que les patients expriment leur demande par une attitude, une agitation dans un premier temps (IDE5, L39). Ensuite, ils s'expriment par un cri et « ça c'est bruyant. » Ils crient fréquemment c'est leur moyen d'expression. (IDE5, L41).

Je lui demande alors ce qu'elle pense des patients qui crient, elle me dit que quand on crie « *c'est que quelque chose ne va pas en référence à la maladie bien sûr* » (IDE5, L89).

Pour différencier le cri elle me parle du cri et du silence, un patient qui reste muet (IDE5, L53) ou un patient qui va se renfermer sur lui-même (IDE5, L54). C'est un patient qui va exprimer de la tristesse. C'est un moyen de pouvoir différencier le cri (IDE5, L67).

Afin de les classer selon leur environnement elle me parle d'un patient autiste qui crie par désespoir et d'une résidente qui crie car elle a faim et me dit que c'est leur mode d'expression. (IDE5, L184). Elle me dit qu'on ne peut pas répondre par un cri mais que pourtant dans la vie on crie tout le temps. (IDE5, L194 à 195). On crie même après les enfants me dit-elle (IDE5, L199). Pourtant cela ne sert à rien, car on n'écoute même pas (IDE5, L201). Les hommes de Cro-Magnon criaient pour alerter. (IDE5, L206). Si on est attaqué dans la rue, on crie aussi (IDE5, L208).

Les autistes crient car ils n'ont pas d'autres moyens de communication (IDE5, L209). Le cri peut être vraiment animal (IDE5, L211). En fait c'est dans nos gènes. (IDE5, L212).

Elle me décrit une situation dans laquelle elle a porté un intérêt au cri. C'est une situation qui se déroule dans une MAS et concerne un patient autiste pour qui le seul mode d'expression est le cri (IDE5, L92). Elle m'explique qu'il criait dès qu'on le touchait mais qu'il restait calme par ailleurs (IDE5, L94). Un jour il est hospitalisé et elle est allée le voir avec une collègue. En arrivant à l'hôpital, elles entendent le patient crier. C'étaient des cris de désespoir et d'abandon, des cris de terreur car il ne comprenait pas ce qui lui arrivait. (IDE5, L95 à 99). Les infirmières du service sont venues les voir en leur disant : « *Il est très agité, on n'arrive pas à le calmer, il ne se laisse pas soigner* » (IDE5, L102). « *Ce n'est pas possible si ça continue comme ça le médecin va le faire sortir* » (IDE5, L103 à 104). L'IDE de la MAS répond à ces infirmières qu'il crie parce qu'il ne comprend pas, qu'il est effrayé et qu'il n'a plus ses repères (IDE 5 L105). Elle m'explique que lorsqu'il les a vues il était rassuré (IDE5, L107). Elle me dit qu'il se débat car les gens vont dans son sens et le maintiennent, ce qui l'énerve et le pousse à être agressif. (IDE5, L114 à 116).

Elle m'explique ensuite une autre situation cette fois à l'EHPAD où une résidente crie car elle a faim, et que cela ne va pas assez vite. Elle me précise que la patiente est atteinte de démence. (IDE5, L124 à 127). Elle a entendu l'aide-soignante lui crier dessus et elle lui a alors demandé d'arrêter de crier. (IDE5, L113). Elle m'explique qu'elle pense que l'aide-soignante ne comprenait pas les cris de la résidente car elle manquait de formation (IDE5, L147). Elle me dit qu'elle peut comprendre qu'un service où les patients crient sans cesse c'est épuisant mais que l'on ne doit pas pour autant crier sur les résidents (IDE5, L152).

Elle m'explique pourquoi elle porte un intérêt au cri en me disant que c'est comme une alerte et que cela l'amène à se déplacer (IDE5, L216). Elle va voir si elle peut faire quelque chose (IDE5, L224) car ce n'est pas agréable d'entendre quelqu'un crier (IDE5, L227).

Elle me précise qu'elle n'aime pas les gens qui crient. (IDE5, L230) car quand on crie c'est que cela ne va pas (IDE5, L231). « *Moi je ne peux pas entendre crier* » (IDE5, L236).

Mais par manque de temps je ne peux pas répondre à tout le monde (IDE5, L240). En plus il y a aussi parfois la fatigue après des journées de douze heures (IDE5, L261). Si je veux être honnête je ne peux pas dire que je prends toutes les demandes en considération (IDE5, L269). En effet on n'est pas à 100% tout le temps (IDE5, L271) et cela me met en colère envers le système (IDE5, L279). Car la relation soignant / soigné c'est important, c'est une histoire de confiance. Pour mieux soigner il faut une relation de confiance (IDE5, L303). Mais le cri peut être perturbateur dans un EHPAD, il va vite agacer les résidents, car c'est un lieu de vie (IDE5, L309). On constate que c'est dans les espaces communs que les personnes s'énervent et s'agitent le plus (IDE5, L312).

L'infirmière raconte que pendant la période du COVID ils ont reçu la fille d'une résidente qui criait car elle voulait voir sa mère. Elle ne pouvait pas la voir du fait des restrictions sanitaires (IDE5, L206). Elle m'agaçait car ce n'était pas moi qui l'empêchait de voir sa mère mais le système (IDE5, L333). Son cri représentait de la colère (IDE5, L343.) mais aussi de la tristesse et du désespoir (IDE5, L346).

En fait quand une famille est en colère ce n'est pas envers moi, elle crie car elle culpabilise et rejette sur l'autre la situation qu'elle vit. (IDE5, L348à 351).

### 5.5.2 Question par question

Les infirmières et infirmiers que j'ai pu interroger lors de ces entretiens travaillent pour deux d'entre eux dans un service spécifique et différent des autres. Alors que trois d'entre eux travaillent dans le même service mais avec une expérience différente et une exposition au bruit et au cri propre à ce type de service en matière de prise en soin des patients. Croiser ces entretiens va me permettre d'observer si la conception du cri, ses fonctions et représentations ont un impact dans la relation soignant/soigné et si les pensées divergent en fonction du cadre où se trouvent les patients.

#### ❖ Conception du cri

Nous avons pu découvrir dans le cadre de références que le cri pouvait avoir plusieurs sens et fonctions selon le point de vue où l'on se place.

Ce qui interpelle les soignants dans leurs pratiques en référence à leurs compétences tourne essentiellement autour de la demande du patient qu'il faut savoir écouter et comprendre pour y répondre. Les infirmiers aux urgences sont tous plus ou moins centrés sur la priorisation de la demande en référence à l'urgence. Alors que l'infirmière en Soins Palliatifs et en EHPAD prêtent plus attention à la gêne, à l'inconfort ou à un changement de comportement. Les infirmiers des services d'urgence auraient tendance à porter plus d'intérêt au stress, à l'angoisse et à la douleur.

Tous sont d'accord pour dire qu'une demande peut s'effectuer de différentes façons. Mais seules les infirmières de l'EHPAD et des soins palliatifs font référence aux cris comme mode d'expression d'une demande. En effet, les trois infirmiers des urgences considèrent que la demande s'exprime plus par la parole, la gestuelle, et l'observation des signes de détresse.

Or, on a pu voir dans le cadre de référence que le cri est un mode d'expression d'une demande. Pourtant sur cinq infirmiers interrogés, seuls deux y ont fait référence en le considérant comme tel.

Comme j'ai pu le faire remarquer dans mon cadre théorique, on remarque que lorsqu'un patient est atteint de troubles cognitifs, le cri peut parfois être rattaché à un symptôme. C'est ce que relèvent également les infirmiers interrogés. Pourtant on a pu voir qu'il représente bien plus qu'un symptôme.

Les compétences infirmières ne se résument pas en l'exécution d'actes techniques. Prendre soin d'un patient, c'est le prendre en charge dans sa globalité.

De ce fait, on remarque que l'infirmière travaillant auprès des personnes en fin de vie va être plus attentive à la prise en charge globale du patient. Elle va essayer de le comprendre, de s'assurer de son confort et bien être dans tous les sens du terme. Elle prendra plus de temps pour comprendre et analyser sa demande. En revanche dans les services d'urgences la priorité est donnée comme son nom l'indique à l'urgence, et la prise en charge sera moins centrée sur la personne mais plus sur le symptôme.

#### ❖ Représentation du cri

La représentation se définit par « *L'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe* » (Larousse).

« *Les représentations sociales constituent une modalité particulière de la connaissance, généralement qualifiée de « connaissance de sens commun », dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui les produisent* » (Guimelli, 1999).

Mais les avis des personnes que j'ai interrogées divergent.

L'infirmière en soins palliatifs (1) pense que lorsqu'un patient crie, c'est qu'il exprime une demande ou un besoin ou qu'il est seul dans sa chambre et n'a pas d'autre moyen pour se faire entendre. A l'exception des patients qui présentent des troubles cognitifs, car selon elle, « *ils ne sont pas dans la réalité et peuvent avoir des hallucinations, des visions effrayantes.* »

Elle différencie les cris qui correspondent à une demande ou un besoin, du cri de douleur qui s'exprime par une plainte ou un gémissement. Et enfin le cri de peur qui se manifeste face à un danger. Mais elle dit que : « *c'est par le son de la voix qu'on peut le différencier, car il dépend du contexte et de la personnalité.* »

Dans le service des urgences, c'est différent. Certains pensent qu'il faut évaluer pour connaître la nature du cri car il comporte plusieurs émotions. Et que l'expérience permet d'avoir une position plus affirmée. Cela vient du fait qu'ils sont plus souvent confrontés à de l'agressivité de la part des patients, qui selon eux ne comprennent pas le fonctionnement des urgences. Deux d'entre eux s'accordent à dire que les patients qui présentent des troubles cognitifs attirent moins leur attention, car ce sont souvent des « *cris de panique* ».

Toutefois il faut quand même les entendre. D'ailleurs, ils insistent sur le fait que cela peut être perturbant voir déboussolant. Tous les trois manifestent une usure liée à la répétition des cris, voire un énervement et une difficulté à y faire face et contrôler ses propres émotions pour pouvoir garder son calme. Enfin, ils prêtent plus attention à un cri de douleur ou de peur. L'un d'entre eux me fait remarquer qu'il faut aussi se méfier des silences. Ces infirmiers font essentiellement la différence selon que le cri est un cri de douleur, de colère ou de détresse et d'angoisse. Tous pensent qu'il varie selon la personnalité de chacun, de la pathologie et pensent aussi qu'il y a « des cris pour rien ». Mais un seul fait référence à l'âge selon qu'on a affaire à un enfant ou à un adulte, et qu'il faut tenir compte du contexte et de l'environnement, car l'inconnu fait peur.

Pour l'infirmière en EHPAD, le cri est un moyen d'expression auquel il ne faut pas répondre par un cri. Elle me fait remarquer que le cri est présent partout et pas uniquement dans le soin. Elle pense que le cri ne sert à rien car on ne l'écoute pas. Mais que certains patients crient car ils n'ont pas d'autres moyens de communication. Mais que cela correspond à un mode d'expression animal qui ferait partie de nos gènes. Elle pense que pour comprendre le cri il faut être formé.

On constate que les demandes exprimées sous la forme d'un cri effectuées par un patient présentant une altération de ses fonctions intellectuelles et/ ou cognitives seront plus facilement rattachées au symptôme de la maladie. On retrouve bien de ce fait la stigmatisation dans la représentation du cri. Mais aussi une différence de représentation en fonction du lieu où il est produit. En effet, les infirmiers des services d'urgences s'accordent à dire qu'il faut l'entendre en fonction du lieu et de la situation. Aux urgences, le cri étant plus courant, il y a une forme d'habitude qui fait que les soignants y prêtent moins attention. De même l'infirmière en EHPAD pense qu'il ne sert à rien du fait de sa répétition. L'infirmière en Soins palliatifs fait quant à elle référence au contexte.

Comme on a pu l'observer dans le cadre de référence le cri est entendu en fonction de son environnement et du lieu où il est émis. Le service pourrait alors avoir un impact sur la représentation que l'on se fait du cri.

#### ❖ Impact dans la relation de soin

Pour tous les infirmiers interrogés, les mêmes termes reviennent systématiquement lorsque je les questionne sur la place qu'ils accordent à la relation soignant/soigné dans leur pratique. Pour tous cette relation est importante et demande un rapport de confiance.

Ils pensent que celle-ci est importante pour faciliter l'adhésion aux soins. En effet comme vu dans le cadre théorique la confiance représente le socle de la relation soignant/Soigné.

Mais l'intérêt porté au cri est différent pour chacun d'entre eux. Quel que soit le service où ils travaillent, tous s'accordent à dire qu'il peut représenter une gêne. Le cri est épuisant, il aurait un impact émotionnel pour le soignant et son entourage. De ce fait il ferait moins réagir, et manquerait donc de réponse sauf lorsque c'est de la colère ou de l'agressivité. Malgré tout, ils sont d'accord pour dire que le cri demande une réponse, mais que celle-ci est impactée par le manque de disponibilité.

L'infirmière en EHPAD dit « *qu'elle ne peut pas entendre crier, car quand on crie c'est que quelque chose ne va pas* ». Aux urgences, un des infirmiers dit que c'est plus compliqué « *quand le cri est agressif car il renvoie à sa propre colère* ». Certains relèvent aussi que parfois la colère exprimée n'est pas dirigée sur eux mais sur l'institution cependant, ce sont eux qui la reçoivent.

Enfin, deux d'entre eux pensent que la fatigue et les soucis personnels peuvent interagir dans la réponse apportée. L'infirmière en soins palliatifs ainsi que celle en EHPAD pensent que le fait de ne pas apporter une réponse adaptée peut mener au burn-out car cela entraîne de la culpabilité et le sentiment d'être un mauvais soignant.

Et pour finir un des infirmiers qui travaille aux urgences pense que le cri ne peut pas rester dans l'oubli, mais que ce mode d'expression ne devrait être utilisé qu'en cas de douleur ou de panique.

Par conséquent le cri peut représenter un obstacle aux soins en effet il peut être intrusif, dénué de sens et de solution.

Les soignants censés écouter et soulager la souffrance se trouvent confrontés à deux paradoxes « *soigner et faire taire* » (M.G., 2019).

Il est donc important de comprendre ce qui le rend irrecevable : la souffrance qu'il renvoie ou la nuisance sonore qu'il produit ? Et la représentation que l'on s'en fait influence sa perception.

## **5.6 Synthèse de l'enquête exploratoire**

Cette enquête auprès des professionnels de santé m'a permis de constater que le cri est perçu de différentes façons suivant le contexte et l'environnement. Que chaque soignant le reçoit différemment selon sa personnalité et sa propre perception du soin, mais aussi en fonction de ses propres émotions et de ce qui lui est renvoyé.

Pour tous, le cri est l'expression d'une demande qu'il faut savoir écouter pour la comprendre et y apporter une réponse.

L'intérêt qui lui est porté se rapporte essentiellement à l'expression d'une douleur, d'un stress ou d'une angoisse. Mais à ceci s'ajoute pour les IDE en EHPAD et en soins palliatifs la nécessité de porter une attention constante à l'inconfort, la gêne ou à un changement de comportement.

Tous les soignants interrogés s'accordent à penser qu'une demande peut s'exprimer de différentes façons.

Cependant seulement les infirmiers en EHPAD et en soins palliatifs pensent que le cri peut être l'expression d'une demande. En effet pour les infirmiers des urgences la demande s'exprime par une parole, de la gestuelle, ou par observation des signes de détresse, aucun ne fait référence au cri.

Quant à l'importance accordée au cri pour le service des urgences c'est une question de priorisation ce qui n'est pas le cas dans les deux autres services.

Toutefois tous sont d'accords concernant les patients qui présentent des troubles cognitifs ou atteints d'une pathologie mentale pour considérer le cri comme un symptôme de la pathologie. De ce fait celui-ci attirerait moins l'attention.

En ce qui concerne les représentations du cri les avis divergent.

En effet selon certains il y a des cris de demande ou de besoin, de douleur qui s'exprimeront alors par une plainte ou un gémissement et le cri de peur qui se manifeste en présence d'un danger.

Enfin le son de la voix, la personnalité, le contexte, l'environnement, l'âge et la pathologie permettraient de le différencier. Mais certains pensent qu'il faut l'évaluer pour connaître sa nature, car il est porteur d'émotions.

Tous pensent que le cri est « déboussolant, énervant et usant, » par sa répétition, du fait qu'il engendre des difficultés pour y faire face et contrôler ses propres émotions.

Selon l'infirmière en EHPAD, le cri est présent partout même hors du soin, mais il ne sert à rien car on ne l'entend pas. D'autres pensent que pour certains patients c'est leur seul mode de communication. En parallèle un IDE des urgences pense que le cri ne devrait être utilisé que dans certaines situations et plus particulièrement en cas de douleur ou de panique.

Tous pensent qu'il faut de l'expérience voire une formation pour pouvoir aborder le cri sans trop de difficultés.

Enfin la relation soignant /soigné est importante pour tous les IDE car elle permet d'établir un sentiment de confiance qui facilite l'adhésion aux soins. Mais le cri peut y faire obstacle car il représente une gêne, il a un impact émotionnel pour le soignant et l'entourage. De ce fait il manque de réponse surtout lorsqu'il vient exprimer de la colère ou de l'agressivité.

De plus le cri n'est pas toujours adressé aux soignants mais plutôt à l'institution, mais c'est quand même le soignant qui le reçoit. Ce qui engendre de la culpabilité et de la colère, pouvant mener à l'épuisement. A ceci s'ajoutent la fatigue et les soucis de la vie personnelle qui peuvent interagir dans la réponse apportée au cri.

Tous à leur façon pensent quand même qu'un cri ne peut pas rester dans l'oubli et qu'il doit être entendu.

Tous les soignants s'accordent pour dire que le cri peut représenter le symptôme d'une maladie. Pourtant dans mon cadre théorique j'ai pu démontrer que celui-ci ne correspond pas uniquement au symptôme d'une pathologie.

Comme on a pu le remarquer dans la représentation du cri celui-ci impacte la relation soignant/soigné. Lorsqu'il est répété, il est stressant et agaçant et il est parfois difficile d'y répondre de manière adaptée, car le soignant est lui aussi avant tout un être humain empreint d'émotions.

## **5.7 Limites de l'enquête**

L'enquête exploratoire est une étape très importante dans la rédaction de ce travail de fin d'études. Elle permet d'acquérir des connaissances et positions différentes au travers des lectures sur le sujet traité et de pouvoir comparer les apports relevés à ce qui se passe réellement sur le terrain. Toutefois, ce n'est pas toujours facile de pouvoir effectuer des entretiens. J'ai effectué des demandes qui sont restées sans réponses, et j'ai dû réduire mon champ à trois services.

Malgré cela, j'ai quand même eu la chance d'interroger des infirmiers qui avaient envie de répondre à mes questions, mais qui lors de notre face à face se trouvaient parfois embarrassés par mes questions. De plus j'aurais aimé pouvoir interroger d'autres professionnels que des IDE, comme des médecins, aides-soignants, agents de service. Cela m'aurait permis de différencier la perception du cri en fonction de la profession et de la classe sociale du receveur. Et de ce fait de mieux comprendre les différentes représentations que l'on peut se faire de celui-ci. Par ailleurs, n'interroger que cinq professionnels n'est absolument pas représentatif de tout un corps soignant, bien que l'entretien avec une infirmière en fin de carrière ait permis de

recueillir son vécu dans des services et domaines d'activités très différents. J'avais pour projet à travers ces entretiens de mettre en lumière les différentes perceptions du cri selon les services. En réalité, ne m'entretenir qu'avec un soignant pour deux services différents et trois pour un même service semble bien incomplet. Par ailleurs, j'ai été plutôt surprise par certains entretiens. Je parlais avec des réponses en tête et finalement j'ai obtenu des réponses complètement différentes, auxquelles je ne m'attendais pas. C'est aussi ce qui fait la richesse des entretiens, l'inattendu.

## **6 Vers une question de recherche**

La conception du cri est différente d'une personne à l'autre, selon sa culture, sa personnalité, ses représentations, et l'écho qu'il renvoie. Entendre, écouter, recevoir, comprendre un cri demande un certain savoir-faire et une bonne connaissance de soi. Il interroge le soignant au travers de ses propres émotions et de sa capacité à y faire face. Il demande une analyse perpétuelle de ses pratiques et une remise en question permanente, afin de pouvoir repérer les dysfonctionnements dans la réponse apportée.

A travers le cadre de référence et l'enquête exploratoire, j'ai pu mettre en exergue que le cri d'un patient est perturbant, qu'il fatigue, et agace et qu'il est difficile d'y répondre de manière adéquate. Mais aussi que c'est un mode d'expression qui est présent partout même hors du soin, et qui pour de nombreuses personnes paraît inutile et ne justifie donc pas une attention et une réponse.

D'autant plus lorsque la personne présente des troubles cognitifs ou des pathologies mentales auquel cas on le considère comme l'expression d'une maladie.

Il a pourtant un impact considérable dans la relation de soin, car il représente un élément perturbateur important pour le soignant et l'entourage. Il est d'autant moins acceptable quand il exprime de la colère ou de l'agressivité.

D'autant plus que celle-ci est le plus souvent adressée à l'institution et non au soignant.

Le manque de temps, la fatigue, les soucis personnels, le sentiment culpabilisant de ne pas être à la hauteur de son rôle de soignant peuvent mener celui-ci vers l'épuisement professionnel et sont autant de facteurs qui interagissent dans la réponse apportée au patient.

Cependant, l'impact du cri ne se limite pas aux soignants. Les cris d'un patient ne peuvent laisser indifférents la famille et les proches de celui-ci, qu'il soit accueilli dans une structure de soin ou accompagné à domicile. En effet, comment entendre, comment comprendre, comment supporter des cris incessants, des appels à l'aide, des plaintes, l'expression d'une insoutenable souffrance physique et/ou morale de la part d'un être aimé ? Cela semble d'autant plus difficile que les proches ont à faire face à leur impuissance et à leur solitude, solitude encore plus grande dans le cadre d'un accompagnement au domicile.

Prendre en charge un patient de façon globale ne peut exclure la famille, car le mal être des proches ne peut que majorer la souffrance de la personne malade.

Notre rôle de soignant n'est-il donc pas également de prendre en compte l'entourage du patient ? Une écoute bienveillante, des explications, un soutien face à cette situation difficile ne serait-ce pas bénéfique pour tous ?

## **7 Question de recherche**

La mise en lien entre mon cadre de référence et mes analyses m'ont permis de faire émerger une problématique.

Les soignants ne considèrent pas le cri comme un raisonnement clinique, donc si le lieu impacte la réponse qui lui est apportée, sans lui que devient-il ?

La question de recherche qui en découle est la suivante :

*« Comment le lieu de soins influence-t-il le sens du cri ? »*

## **8 Conclusion**

Ce travail arrive désormais à sa fin. Après avoir mis en lien les propos des soignants et ceux des auteurs, il en ressort que le cri a un impact réel dans la relation de soin. En effet il est perçu différemment selon la situation de soin dans laquelle il se présente. Et de celle-ci dépendra sa réponse, à savoir s'il doit être priorisé, entendu, s'il signifie quelque chose ou non.

Pourtant comme j'ai pu le démontrer au travers de mon cadre de référence, le cri n'est pas anodin et représente l'expression de quelque chose qui demande à être entendu. Que la demande soit superficielle, (selon certains) ou non, le cri est un moyen de dire : « j'existe » de lutter contre l'oubli et l'abandon.

Quelle que soit l'émotion exprimée au travers du cri : colère, joie, tristesse, qu'il soit directement ou indirectement adressé à quelqu'un il signifie toujours quelque chose. Les compétences infirmières relèvent à la fois du « savoir-faire » et du « savoir-être. » Le « savoir-être » qui regroupe à mon sens plus la part relationnelle du soin à autant d'importance que le « savoir-faire ».

En effet sans relation, il n'y a pas de confiance. Et comme on a pu le constater lors de la rédaction de ce mémoire, s'il n'y a pas de confiance, on ne peut plus parler de soin relationnel. Quel que soit le mode d'expression qu'utilise le patient, il nous parle de lui, de sa personne, de ses émotions, de son ressenti. N'est-ce pas notre rôle de soignant de lui prêter une oreille attentive et bienveillante ?

Prendre soin d'une personne relève de la globalité de l'être. Au-delà de la pathologie et de ses symptômes, c'est un être singulier avec son vécu, son histoire qui se présente au soignant. Une prise en soin de qualité ne peut donc pas faire abstraction de cette notion.

Enfin, reléguer un patient à sa pathologie relève pour moi de l'ignorance, car qui mieux que le patient sait ce qu'il ressent ? A mon sens personne ! C'est pourquoi je pense qu'il peut être dangereux de limiter les patients qui présentent des troubles cognitifs ou des pathologies mentales au symptôme de leur maladie. Je considère que pour ces patients, l'émission du cri devrait susciter chez l'entourage et notamment chez les soignants une attention doublement soutenue, car il livre des informations précieuses sur leur état de santé et leur ressenti, alors qu'ils sont dans l'incapacité de s'exprimer avec des mots reconnus et acceptés de tous.

Enfin pour terminer, le soignant ne devrait jamais oublier dans sa pratique qu'un jour la situation pourrait s'inverser. Et de ce fait toujours garder à l'esprit comment il souhaiterait lui-même être écouté, entendu et accueilli dans une relation d'aide véritable.

## 9 Bibliographie

### LIVRES

- Aubert, N., & Amoureux, G. (2002). *Diriger et motiver : art et pratique du management*. Editions d'Organisation.
- Benaroyo, L. (2010). *La philosophie du soin : éthique, médecine et société*. Presse Universitaire de France - PUF.
- Bernanos, G. (1947). *Un mauvais Rêve*.
- Chalifour, J. (1990). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*. FeniXX.
- Dubas, F. (2012). *La médecine et la question du sujet : enjeux éthiques et économiques*. Belles Lettres.
- Gori, R. (2016). *Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux*. Babel.
- Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France - PUF.
- Marin, C. & Worms, F. (2015). *À quel soin se fier: Conversations avec Winnicott*. Presses Universitaires de France- PUF.
- Merleau-Ponty, M.(1979). *Phénoménologie de la perception*.
- Mucchielli, A. (1994), *Psychologie de la communication*. FeniXX.
- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*.

### ARTICLES

- A, A. (2006). Corps et contre transfert. *Le Carnet psy*, 111(7), 27-32. <https://doi.org/10.3917/lcp.111.0027>.
- Abric, J.-C. (1999). Psychologie de la communication. *Théorie et méthodes, Dunot*, (6-1 13, 6-2 16, 6-3 p.37).
- Alexandre, C. V. (2022). La théorie de la pensée de Bion et ses liens avec la psychosomatique relationnelle et la médiation corporelle. *psychologue*. <https://www.psychologue.net/articles/la-theorie-de-la-pensee-de-bion-et-ses-liens-avec-la-psychosomatique-relationnelle-et-la-mediation-corporelle>.
- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76, 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>.

- Bronstein, C., & Hacker, A. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue Française De Psychanalyse*, Vol. 76 (3), 769-778 <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>.
- Caleca, C. (2006). Cri, langage, affect : modalités dans le grand âge. *L'Information psychiatrique*. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8205.0389>.
- Chapelle, G. (2004). Neurosciences: les mécanismes de l'empathie. *Sciences Humaines*, 150, 26-26. <https://doi.org/10.3917/sh.150.0026>.
- Claeys, Frogner, P.H., André P. (1995). Théories de l'échange et échanges politiques. *L'échange politique, Université de Bruxelles*, 75. Cite Médard J.F.
- Colonna - Desprats, Z. (2018). Le silence du cri. *Corps et Psychisme*, 73.
- D'Aquin, T. (1984). Somme Théologique, Q.72, a.1., s. d. Paris.
- Engasser, O. (2013). Quand l'écrit fait taire les cris. Pour une clinique particulière de l'oralité dans la démence. *Cliniques*, 6 (2), 145. <https://doi.org/10.3917/clini.006.0144>.
- Faure, A. (2021). Silence et transfert. *Revue des collèges de clinique psychanalytique du champ Lacanien*, 68-76.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>.
- Fritz, J. (2000). La cloche et la lyre : pour une poétique médiévale du paysage sonore. *Librairie Droz eBooks*, 11. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB07979510> Le versant épistémologique.
- Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers: Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. Dans : Richard Delaye éd., *La confiance: Relations, organisations, capital humain* (pp. 242-256). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.delay.2016.01.0242>.
- Imbert, G. (2010, Mars). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 23-34.
- Lett, D., & Offenstadt, N. (2003). Les pratiques du cri au Moyen Âge. *Haro ! Noel ! Oyé !* <https://doi.org/10.4000/books.psorbonne.13428>. 20. Donat, Ars major, I, 1, cité par J.-M. Fritz, op.cit, p.190.
- Lett, D., & Offenstadt, N. (2003). Les pratiques du cri au Moyen Âge. *Haro ! Noel ! Oyé !* <https://doi.org/10.4000/books.psorbonne.13428>.
- Luhmann, N. (2001). Confiance et familiarité, Problèmes et alternatives. *Réseaux*, 118. Traduit par Louis Queré.

- M, G. (2019). Démence, cri, stéréotypie : du souffle vers la parole. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(112), 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.05.005>.
- Malbeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné du discours au passage à l'acte. *Soins Formation Pédagogie*, 4.
- Manière, D. (2010). Les comportements vocaux perturbateurs. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, 8, 2.
- Mannoni, P. (1998). *Les représentations sociales*. Presse universitaire de France - PUF.
- Marin, C., & Worms, F. (2015). À quel soin se fier ? *Presses universitaires de France-PUF*. <https://doi.org/10.3917/puf.worms.2015.01>.
- Marzano, M. (2010). Qu'est-ce que la confiance ?. *Études*, 412, 53-63. <https://doi.org/10.3917/etu.4121.0053>.
- Meynard, A. (2010). Roland Gori : un psychanalyste sensible à la parole des Sourds ? *Cliniques méditerranéennes*, 82(2), 113. <https://doi.org/10.3917/cm.082.0113>.
- Mougeot, M., & Naegelen, F. (2014). La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Revue française d'économie*, Volume XXIX(3), 111-141. <https://doi.org/10.3917/rfe.143.0111>.
- Ozenne, J. (2015). La relation thérapeutique à l'épreuve de la langue. *Rhizome*, 1, 55-60. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2015-1-page-55.htm>.
- Pedinielli, J.L. (1994). L'empathie. *Introduction à la psychologie clinique*, 13-1 31, 13-2 100.
- Péju, P. (2010). Le cri, le gouffre et le berceau. *Spirale*, n° 56(4), 33. <https://doi.org/10.3917/spi.056.0033>.
- Ploton, L. & Chronique Sociale. (2010). Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer. *Presses de l'EHESP eBooks*, 17-34. <https://doi.org/10.3917/ehesp.arfeu.2012.01.0017>.
- Rogers, C. (1963). La relation thérapeutique , les bases de son efficacité. *In bulletin de psychologie*, n°17, p. 12.
- Rogers, C. (2015). *La relation d'aide et la psychothérapie* (éd. 19e). Paris: ESF.
- Schröder-Butterfill, E. (2013). Le concept de vulnérabilité et sa relation à la fragilité. *Presses de l'EHESP eBooks*, 203. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bela.2013.01.0203>.
- Simon, E. (2007). La confiance dans tous ses états. *Revue française de gestion*, 33(175), 83-94. <https://doi.org/10.3166/rfg.175.83-94>.
- Simmel, G. (1991). *Secret et sociétés secrètes*. Circé, Strasbourg.

Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d' « empathie » . *Recherche en soins infirmiers*, N° 98(3), 28-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028>.

Vialet-Bine, G. (2013). Corps et langage, quand la parole prend corps, ou les paroles singulières du corps. *Association Psychanalyse et Médecine eBooks*, 105-124. <https://doi.org/10.3917/apm.guily.2013.01.0105>.

### **ARTICLES EN LIGNES**

Cours - Tout savoir sur le mot « confiance » . (s. d.). *Infirmiers.com*. Consulté le 14 février 2023, à l'adresse <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-tout-savoir-sur-le-mot-confiance>.

Dupant, C. (2015). Le cri du moi. AFDG- Lettre de psychogériatrie. Consulté le 14 octobre 2002, à l'adresse <http://www.Lettre-psychogeriatrie.com>.

Ulmi, N. (2017, 3 avril). Le cri, entre le tapage et l'origine du langage. *Le Temps*. Consulté le 11 janvier 2023, à l'adresse <https://www.letemps.ch/societe/cri-entre-tapage-lorigine-langage>.

### **SITOGRAPHIE :**

Accueil - Association Française de Thérapie Primale. (2020, 2 novembre). Association Française de Thérapie Primale. Consulté le 10 mars 2023, à l'adresse <https://association-therapie-primale.fr/>.

Desportes, A. (1965). Les citations de Jacques Lacan. Mon poème. Consulté le 15 avril 2023, à l'adresse <https://www.mon-poeme.fr/citations-jacques-lacan/> Séminaire XII.

*Dictionnaire ancien français (Moyen Âge) LEXILOGOS*. (s. d.). Consulté le 13 octobre 2022, à l'adresse [https://www.lexilogos.com/francais\\_ancien.htm](https://www.lexilogos.com/francais_ancien.htm).

Française, A. (s.d.). *Dictionnaire de l'Académie française*. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C4972>

Larousse, É. (season-04). *Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne*. Consulté le 18 septembre 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/>

*Les représentations mentales*. (1992, p.667). Grand dictionnaire de la psychologie.

*MUNCH-LE CRI*. (s. d.). Consulté le 7 octobre 2022, à l'adresse <https://puzzlemichelewilson.com/fr/product/puzzle+carton+adulte/1000+pieces/5529,munch--le-cri.html>.

*RELATION : Etymologie de RELATION*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/etymologie/relation>.

*Rousseau et le cri rock : la construction d'une voix.* (2021, 19 janvier). iPhilo. Consulté le 9 juillet 2022, à l'adresse <https://iphilo.fr/2021/01/19/rousseau-et-le-cri-rock-la-construction-dune-voix-francis-metivier/>.

*Toupictionnaire : Le dictionnaire de politique.* (s. d.). <https://www.toupie.org/Dictionnaire>.

Ulmi, N. (2017, 3 avril). Le cri, entre le tapage et l'origine du langage. *Le Temps*. Consulté le 11 janvier 2023, à l'adresse <https://www.letemps.ch/societe/cri-entre-tapage-lorigine-langage>.

### **IMAGES :**

Image de couverture : Xie, Lei. Encounter, (2022), *Tapisserie en viscose, laine et coton jacquard, tissage en relief*. Courtesy Galerie Meessen De Clercq, Casa de Vélasquez, résidence 2020 - 2021

Image de citation : *Tableau de Gabrielle Blondlot – amie artiste peintre.*

Image du tableau « *Le cri* » : *Le Cri Edvard Munch - Bing.* (s. d.). Bing. <https://www.bing.com/images/search>

## **10 Table des annexes**

<b>Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens.....</b>	<b>I</b>
<i>Annexe I.I : Demande d'autorisation Médipôle Perpignan .....</i>	<i>I</i>
<i>Annexe I.II : Demande d'autorisation Infirmiers Soins Palliatifs .....</i>	<i>II</i>
<b>Annexe II : Autorisation de la direction des soins.....</b>	<b>III</b>
<i>Annexe II.I : Autorisation Service Urgences Médipôle Cabestany.....</i>	<i>III</i>
<b>Annexe III : Retranscription littérale des entretiens.....</b>	<b>IV</b>
<i>Annexe III.I : Entretien en soins palliatifs IDE 1 .....</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe III.II : Entretien aux urgences IDE 2.....</i>	<i>VIII</i>
<i>Annexe III.III : Entretien aux urgences IDE 3.....</i>	<i>XXIII</i>
<i>Annexe III.IV : Entretien aux urgences IDE 4.....</i>	<i>XXVII</i>
<i>Annexe III.V : Entretien en EHPAD IDE 5.....</i>	<i>XXXVII</i>
<b>Annexe IV : Grille d'analyse vierge.....</b>	<b>L</b>
<i>Annexe IV.I : Grille d'analyse des entretiens.....</i>	<i>L</i>
<i>Annexe IV.II : Grille d'analyse des questions.....</i>	<i>L</i>
<b>Annexe V : Grille d'analyse des entretiens.....</b>	<b>LI</b>
<i>Annexe V.I : Entretien en soins palliatifs IDE 1 .....</i>	<i>LI</i>
<i>Annexe V.II : Entretien aux urgences IDE 2.....</i>	<i>LII</i>
<i>Annexe V.II : Entretien aux urgences IDE 3.....</i>	<i>LIII</i>
<i>Annexe V.II : Entretien aux urgences IDE 4.....</i>	<i>LIV</i>
<i>Annexe V.III : Entretien en EHPAD IDE 5.....</i>	<i>LV</i>
<b>Annexe VI : Grille d'analyse des questions.....</b>	<b>LVI</b>
<i>Annexe VI.I : Question n°1.....</i>	<i>LVI</i>
<i>Annexe VI.II : Question n°2.....</i>	<i>LVII</i>
<i>Annexe VI.III : Question n°3.....</i>	<i>LVIII</i>
<i>Annexe VI.IV : Question n°4.....</i>	<i>LIX</i>
<i>Annexe VI.V : Question n°5.....</i>	<i>LX</i>
<i>Annexe VI.VI : Question n°6.....</i>	<i>LXI</i>
<i>Annexe VI.VII : Question n°7.....</i>	<i>LXII</i>
<i>Annexe VI.VIII : Question n°8.....</i>	<i>LXIII</i>
<b>Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....</b>	<b>LXIV</b>

# Annexe I : Demandes d'autorisation d'entretiens

## Annexe I.I : Demande d'autorisation Médipôle Cabestany, Urgences



### INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme. Valérie TOMBAL  
Étudiante en soins infirmiers  
Adresse : 6, Lotissement la Sardane 66130 Bouleternère  
Téléphone : 06.45.47.20.12  
Mail : [vtombal@gmail.com](mailto:vtombal@gmail.com)

À l'attention de Madame Fanny Ribera, Directrice des Soins

Avignon, le 13 février 2023

Madame la Directrice des Soins,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans :

- un service d'urgences adultes et/ou enfants

Après de deux Infirmiers Diplômé d'Etat.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **En quoi le cri impact-il la relation soignant/soigné ?**

Veillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Quand vous êtes en service, quels sont les événements concernant les patients qui attirent votre attention ?
- Qu'est que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?
- Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez donner un exemple ?
- On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ? Donner des exemples ?
- Arrivez vous à différencier les cris ?
- Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement ?
- Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?
- Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

## **Annexe I.II : Demande d'autorisation Médipôle Cabestany , Soins Palliatifs**



### **INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Mme. Valérie TOMBAL  
Étudiante en soins infirmiers  
Adresse : 6, Lotissement la Sardane 66130 Bouleternère  
Téléphone : 06.45.47.20.12  
Mail : [vtombal@gmail.com](mailto:vtombal@gmail.com)

À l'attention du Docteur Maité Ichouc,

Avignon, le 13 février 2023

Docteur Ichouc,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans votre service de Soins Palliatifs, auprès de deux Infirmiers Diplômé d'Etat.

Dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : **En quoi le cri impact-il la relation soignant/soigné ?**

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Quand vous êtes en service, quels sont les événements concernant les patients qui attirent votre attention ?
- Qu'est ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?
- Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez donner un exemple ?
- On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ? Donner des exemples ?
- Arrivez vous à différencier les cris ?
- Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement ?
- Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?
- Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Docteur Ichouc, l'expression de ma respectueuse considération.

## **Annexe II : Autorisation de la direction des soins**

### ***Annexe II.I : Annexe II.I : Autorisation Médipôle Service des Urgences Cabestany***

Bonjour

Vous pouvez réaliser des entretiens auprès d'IDE des urgences.

Je vous laisse le soin de contacter H., cadre du service des Urgences, afin de convenir de RDV.

Cordialement



**Fanny RIBERA**

Directrice des Soins

Avenue Ambroise Croizat - 66330 CABESTANY

Tél : 0468661081

[f.ribera@medipole.fr](mailto:f.ribera@medipole.fr)

## **Annexe III : Retranscription littérale des entretiens**

### ***Annexe III.I : Entretien en Soins Palliatifs IDE 1 Bordeaux***

1 **Valérie** : Bonjour, je suis Valérie étudiante Infirmière , et je vais vous interroger dans le cadre  
2 de mon mémoire de fin d'études. Pouvez-vous vous présenter ?

3 IDE : Bonjour, donc je suis infirmière diplômée d'état depuis 1978. J'ai exercé dans différents  
4 services. Dans un service de chirurgie, un service de réanimation. J'ai travaillé également à  
5 domicile, quelques années. J'ai été infirmière coordinatrice d'un service de soins infirmiers à  
6 domicile, SSIAD. J'ai travaillé dans un EHPAD. Ensuite dans un service de soins de suite et de  
7 réadaptation. Et actuellement avec l'équipe mobile de soins palliatifs à Bordeaux.

8 **Valérie** : Quand vous êtes en service, quels sont les évènements concernant les patients qui  
9 attirent votre attention ?

10 IDE : Heu, J'ai besoin de réfléchir.....

11 **Valérie** : Pas de soucis, prenez le temps

12 IDE : Ce n'est pas évident hein ! Alors quand je suis en service, c'est-à-dire quand je suis Euh  
13 au contact des patients ?

14 **Valérie** : Oui c'est ça. Quels sont les évènements concernant les patients qui attirent votre  
15 attention ?

16 IDE : Lorsque je vais voir un patient, la première chose que je vais observer c'est son attitude.  
17 Ce qu'il est. Est-ce qu'il est souriant, est-ce qu'il est, euh, crispé. Est-ce qu'il est fermé, dans le  
18 contact, quelle est sa position. Est-ce qu'il est détendu, s'il est dans son lit ou sur son fauteuil  
19 où est-ce qu'il a une position recroquevillée dans son lit, voilà donc l'attitude, son faciès, et là,  
20 c'est son attitude, c'est la première chose que je vais observer. Ensuite, bien l'environnement Hé  
21 oui, tout ce qui l'entoure. Donc ce sont des choses qui peuvent alerter par rapport à un problème  
22 d'un inconfort, de douleur, de mal-être, voilà.

23 **Valérie** : Donc, en fait, euh. À part l'observation. Euh. Concernant le patient, il n'y a rien d'autre  
24 qui vous interpelle, enfin je ne sais pas comment le formuler. Donc, hormis cette observation  
25 clinique du patient. Vous n'observez rien d'autre ? Et ce que le patient va dire, ce qu'il exprime  
26 verbalement ?

27 IDE : Ah oui s'il peut s'exprimer verbalement. Il va me dire comment il se sent, ce qui va bien,  
28 si il est douloureux, est-ce qu'il est angoissé. Et ce qu'il a ..... Voilà s'il peut l'exprimer  
29 verbalement, s'il ne peut pas exprimer les choses verbalement je vais pouvoir observer tout ce  
30 que j'ai dit précédemment, l'attitude, le visage.

31 **Valérie** : ok

32 IDE : C'était ça la question ?

33 **Valérie** : Oui, et après ? Et donc ensuite, qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos  
34 compétences et pourquoi ?

35 IDE : Je ne comprends pas trop la question. Euh..... Tout ce qui relève de l'inconfort du patient.  
36 Tout ce qui touche à l'inconfort du patient relève des compétences du soignant, enfin, de  
37 l'infirmière ou de l'aide-soignante. Je oui (silence) c'est bizarre la question.

38 **Valérie** : Vous pouvez préciser ?

39 IDE : Euh, mais concernant les appels ? euh mais en fait concernant les appels ou les demandes  
40 du patient ?

41 **Valérie** : Oui, Qu'est-ce qui résonne en vous comme une demande qui correspond à vos  
42 compétences ? Ou inversement, qu'est-ce qui ne correspondrait pas à un appel à vos  
43 compétences ? Qui relèverait de la compétence de quelqu'un d'autre ?

44 IDE : Ah oui, voilà. Euh. Le rôle de l'infirmière est de faire une évaluation, des besoins et des  
45 demandes du patient avant d'en référer au médecin par exemple. C'est ça, c'est à l'infirmière  
46 de faire une première observation, d'essayer de comprendre ce qui se passe, évaluer la situation,  
47 essayer de comprendre ce qui se passe et ensuite alerter. La personne, bah le médecin ou la  
48 personne qui a la compétence.

49 **Valérie** : Quand moi j'entends, qu'est-ce que vous prenez par pour un appel à vos compétences,  
50 c'est justement : Qu'est-ce que dans la demande du patient, relève de votre compétence, enfin  
51 vous interpelle en tant qu'infirmière, pour répondre à ce besoin, est-ce que c'est une demande,  
52 clair ? Est-ce que, enfin, qu'est-ce qui résonne ?

53 IDE : Oui Ben si c'est très variable en fait. Un patient, euh. Alors on est dans la situation d'un  
54 patient qui demande quelque chose, c'est ça ?

55 **Valérie** : Ben oui, parce ce qui vous interpelle qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos  
56 compétences ? C'est en fait. Voilà quand est-ce que ou à partir de quoi, on est interpellé et dans  
57 quelle mesure on est amené à y répondre ce dans le cadre de nos compétences infirmières ?

58 **IDE** : Oui, Ben. Tout appel ou toute demande du patient, est à prendre en considération et notre  
59 rôle infirmier est de comme je l'ai dit tout à l'heure de faire une évaluation, de la situation et  
60 d'essayer de comprendre la demande du patient. Donc ça peut être un patient qui appelle ou qui  
61 d'une manière ou d'une autre, hein, soit par des cris, soit par une verbalisation. Il a une demande  
62 par rapport à un besoin, donc ça peut être un patient qui n'a pas de sonnette Euh..... par  
63 exemple, qui appelle parce qu'il n'a pas de sonnette, et qu'il est installé dans son fauteuil ou dans  
64 son lit ou dans son cabinet de toilette, il n'a pas de sonnette et il appelle pour que quelqu'un  
65 vienne. Ou par exemple, un patient qui est laissé seul dans sa chambre et qui a besoin d'une  
66 présence et qui va appeler. Un patient qui est inconfortable, qui est douloureux, qui se sent seul,  
67 etcetera. Enfin, il y a oui, euh..... oui, il y a énormément de raison..... un patient a beaucoup  
68 de raisons d'appeler donc l'infirmière, il est de son rôle de faire une évaluation.

69 **Valérie** : Pourquoi le patient appelle ? Quel est son besoin ? Est-ce qu'il peut l'exprimer ?

70 **IDE** : Bien dans le cas où il peut l'exprimer c'est plus facile puisqu'il va nous dire clairement,  
71 avec des mots son besoin, sa demande. Soit il ne peut pas l'exprimer par des mots. Donc ce sera  
72 plus difficile et à ce moment-là, c'est à l'infirmière d'essayer de comprendre ce qui se passe.  
73 Pourquoi le patient est en demande de quelque chose, donc elle va évaluer encore une fois hein,  
74 le faciès, l'attitude. Lorsque, le patient exprime, mais aussi, il va falloir observer l'installation  
75 l'environnement de la chambre. Est-ce qu'elle est aérée, est-ce qu'il fait trop chaud. Est-ce qu'il  
76 y a du monde dans la chambre. Est-ce que voilà, il y a plein, plein de choses à évaluer. Et bien  
77 sûr que ça relève des compétences de l'infirmière.

78 **Valérie** : oui, mais ensuite .....une fois bien sûr que tout cela dépend du rôle propre de  
79 l'infirmière, mais euh.....En fait, moi, ce que je veux savoir, c'est en quoi ? Euh. Pour vous en  
80 tant qu'infirmière ça vous interpelle. Qu'est-ce qui fait que, euh, ça appelle vos compétences.  
81 Qu'est-ce qui fait qu'à un moment, un appel d'un patient va faire que vous allez répondre ?  
82 Peut-être plus particulièrement parce que vous ça vous aura interpellé plus qu'une de vos  
83 collègues vous comprenez ?

84 IDE : Eh oui, parce que c'est notre rôle en tant qu' infirmier, notre rôle c'est ça, ça va de soi  
85 de prendre soin du patient. C'est notre métier, c'est ce qui fait que c'est le cœur de notre métier,  
86 le prendre soin. Et prendre soin de quelqu'un, c'est faire en sorte qu'il soit le moins inconfortable  
87 possible qu'il soit en confiance. C'est ça prendre soin, c'est répondre aux besoins, euh, c'est  
88 prendre en considération la demande, le besoin du patient.

89 **Valérie** : Ok, merci. Et Comment pour vous, un patient peut-il exprimer une demande ?  
90 Pourriez-vous donner un exemple ?

91 IDE : Je vais répéter ce que j'ai dit tout à l'heure.

92 **Valérie** : Oui, c'est vrai, ça y ressemble.

93 IDE : Ouais bah là-dessus

94 **Valérie** : Oui mais en fait là c'était plutôt comment ....Comment on l'interprète en tant que  
95 soignant ? Vous voyez il a peut-être un mode différent d'exprimer une demande

96 IDE : Je ne sais pas, euh comment ?

97 **Valérie** : Parce que le patient, quand il exprime une demande, parce que tout à l'heure, on parlait  
98 plutôt de l'observation clinique par rapport aux compétences. Là en fait, la question c'est plus.  
99 Comment le patient lui, il exprime une demande en fait. Quels sont ses moyens d'expression,  
100 en fait ?

101 IDE : Euh voilà. Ça peut être..... Ça peut-être le ..... un appel. Le cri, des plaintes  
102 exprimées verbalement ou non.

103 **Valérie** : Et la plainte quand elle est non verbale, on peut l'identifier comment ?

104 IDE : La plainte il ne la verbalise pas, c'est ça ?

105 **Valérie** : Oui exprimée par un système où il verbalise pas .

106 IDE : Bien il peut l'exprimer.....euh il va l'exprimer par des cris , des hurlements quelquefois.  
107 Et alors je pense qu'il faut distinguer la personne qui ne présente pas de troubles cognitifs et la  
108 personne qui présente des troubles cognitifs parce que l'expression de l'inconfort ne va pas être  
109 la même.

110 **Valérie** : Ah bah c'est quoi la différence pour vous ?

111 IDE : C'est être en capacité de mettre des mots sur ce qu'il ressent, sur sa gêne, sur sa douleur,  
112 sur. Son ..... ses angoisses ça va être différent c'est bien plus facile à (silence) on va attendre  
113 on va voir.....

114 **Valérie** : On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris  
115 ? Pouvez-vous en donner des exemples ?

116 IDE : J'ai l'impression de revenir en arrière, enfin ouais Tu enregistres là ?

117 **Valérie** : Oui

118 IDE : Bien je sais pas j'ai l'impression que (silence ) tu vois ça revient toujours à la même chose  
119 et que tout ce que j'ai dit jusqu'à présent à ça peut (silence). Je sais pas si..... j'ai l'impression  
120 que je vais répéter ce que j'ai dit.

121 **Valérie** : Ah oui pourquoi en fait ?

122 IDE Mais voilà pour les raisons que j'ai évoquées précédemment, un patient crie mais parce  
123 qu'il a un besoin, il appelle. Soit c'est une demande à laquelle on va essayer de répondre, soit  
124 le patient présente des troubles cognitifs, il va pousser des cris et euh parce qu'il n'est pas situé  
125 dans la réalité, il peut avoir des hallucinations, il peut avoir des visions effrayantes. Il peut  
126 avoir..... Sûr si on est en dehors d'un inconfort physique, oui. Dans ces cas, un patient qui crie,  
127 demande une réponse du soignant, on va pas fermer la porte de la chambre et laisser le patient  
128 crier sans aller voir pourquoi il crie et essayer de comprendre ce qui se passe. Donc ça c'est  
129 heuuuuu. Je pense qu'on peut pas faire autrement si on est un soignant digne de ce nom. Euh.  
130 Après il peut aussi crier parce qu' il n'y a personne dans sa chambre et qu' il a besoin de quelque  
131 chose, donc ça peut être un appel.

132 **Valérie** : Arrivez-vous à différencier les cris ? Et pouvez-vous les classer en les replaçant selon  
133 l'environnement ?

134 IDE : Donc si on veut les classer, je dirais le cri heuuuuuuu le cri de demande qui correspond à  
135 une demande. Oui, il a besoin de quelque chose, donc il va appeler. Ça peut être un cri de  
136 douleur donc on va être plus dans la plainte et dans le gémissement. L'intensité n'est pas la  
137 même. Enfin, l'expression n'est pas la même. Le son de la voix est différent. Après, ça peut être  
138 le cri, oui, face à un danger, je pense à un patient qui est dans seul dans sa chambre face à un  
139 autre patient qui présente des troubles cognitifs, par exemple entré dans sa chambre. Donc il va

140 avoir peur pour lui. Il va craindre, il va se sentir en danger, donc il va appeler. Euh. Bah si j'en  
141 reviens au patient qui a des hallucinations, on peut avoir des visions effrayantes donc il va avoir  
142 peur de quelque chose et crier parce qu'il se sent en danger. Après je pense qu'on peut pas parler  
143 du cri sans parler du contexte et de la personnalité du patient.

144 **Valérie** : Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?

145 IDE : Voilà, alors un patient qui crie dans un service de soins.

146 **Valérie** : Par rapport à votre vécu, hein

147 J'ai un grand vécu, hein donc j'ai vu beaucoup des patients qui crient, alors forcément un  
148 patient qui crie ça va occasionner une gêne ça va faire du bruit pour les autres patients pour les  
149 soignants pour les familles c'est une situation qui n'est pas normale.

150 **Valérie** Ce n'est pas normal ?

151 IDE : Non un patient qui crie c'est pas normal voilà donc en dehors de la gêne occasionnée ça  
152 impacte sur .....Heu ...

153 **Valérie** : Un impact émotionnel ?

154 IDE : Les cris de quelqu'un c'est toujours difficile à entendre et c'est difficile à vivre et à  
155 supporter.

156 **Valérie** : Et que faites-vous dans ces cas-là ?

157 IDE : Donc la première chose que je fais, c'est aller voir le patient dans sa chambre, pour voir  
158 pourquoi il crie. Et puis, parler, lui prendre la main, essayer de le rassurer, essayer de  
159 comprendre ce qui se passe. Bon, par contre un patient qui est douloureux s'il crie c'est parce  
160 qu'il est douloureux donc dans ce cas, ben on peut lui apporter une réponse. Si c'est lié à un  
161 inconfort ou une douleur, la réponse, elle va être d'améliorer par exemple son installation. Faire  
162 en sorte qu'il soit plus confortable dans le positionnement. Si, effectivement on constate qu'il y  
163 a une douleur physique et qu'on a des prescriptions anticipées, on peut les faire. Appliquer la  
164 prescription anticipée et faire un antalgique pour qu'il soit adapté au niveau de sa douleur Euh.  
165 Hé, ce qui est compliqué, c'est lorsque les cris perdurent malgré tout ce qu'on a tenté de mettre  
166 en place. Mais toujours est-il que ça a forcément un impact émotionnel sur le soignant et sur  
167 l'entourage.

168 **Valérie :** Et est-ce que ces situations difficiles , euh comment dire le fait que ça ait un impact  
169 sur le soignant est-ce que ça peut altérer la réponse qu'il va apporter au patient ?

170 **IDE :** J'ai pas compris Ce que ça peut altérer en fonction de ce que ça me renvoie c'est ça ?

171 **Valérie :** Oui c'est ça

172 **IDE :** oui oui oui ça peut euh la réponse peut être différente selon mon propre vécu, ce que je  
173 suis va forcément avoir un impact dans ma réponse enfin la réponse que je vais apporter.

174 **Valérie** Ok Mais donc dans ce cas elle peut ne pas toujours être adaptée à sa demande ?

175 **IDE :** Quoi la réponse ?

176 **Valérie** Oui

177 **IDE :** Elle peut ne pas être adaptée tout à fait il n'est malheureusement pas rare de voir des  
178 soignants répondre de façon agressive et de ne pas être dans l'empathie d'autant plus si ces cris  
179 se répètent dans le temps. Et la réponse va être euh différente en fonction des conditions de  
180 travail, une charge de travail trop importante, un manque de disponibilité peut entraîner une  
181 réponse différentes. Car un soignant qui croule sous le travail, qui est euh fatigué ne va pas  
182 forcément être dans l'empathie et va peut-être pas pouvoir prendre le temps nécessaire à ce  
183 moment-là pour essayer de comprendre ce qu'il se passe.

184 **Valérie :** Hé oui mais est-ce que vous pensez que justement au vu de ces situations, le fait qu'ils  
185 soient surchargés et qu'ils puissent pas répondre à la demande du patient est ce que le soignant  
186 l'identifie en fait ça et est-ce que ça peut l'affecter ? En fait, est-ce qu'il peut se rendre compte  
187 que... Que finalement il apporte pas la réponse adaptée et est-ce que ça peut avoir un impact ?

188 **IDE :** Ben sur lui, en tant que soignant ! Ah oui, absolument. Absolument, parce que.

189 **Valérie :** Ah oui, il va se rendre compte alors ?

190 **IDE :** Peut-être pas dans toutes les situations, mais il peut se rendre compte. Je peux parler de  
191 ce que j'ai vécu, hein ?

192 **Valérie :** Oui surtout de ce que vous avez vécu.

193 **IDE :** Ne pas apporter de la réponse adéquate aux patients, ça peut en renvoyer de la culpabilité.  
194 Et euh et être source de mal-être chez le soignant et peut-être même à termes d'un burn-out,  
195 parce qu'il aura l'impression d'être un mauvais soignant. Puisqu'il n'aura pas pris soin du patient  
196 comme il aurait dû le faire si la situation avait été différente. Il est certain que la charge de

197 travail, la fatigue. Hé, les soucis personnels également peuvent impacter l'attitude d'un soignant  
198 et faire en sorte qu'il va être moins enclin à prendre le temps et ça va lui renvoyer de la  
199 culpabilité. Je reviens sur l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, j'ai été amenée à faire du soutien  
200 d'équipe à faire de la formation. Et ce dont on vient de parler c'est quelque chose qui est renvoyé  
201 très souvent, c'est vraiment une source de souffrance pour les soignants de ne pas pouvoir  
202 prendre soin des patients comme ils le souhaiteraient, comme ils devraient le faire. Si la charge  
203 de travail était moins lourde, s'il y avait pas cette usure. Oui l'usure, parce qu'il faut parler aussi  
204 de la différence entre le soignant, qui est en début de carrière et celui qui a déjà plusieurs années  
205 de pratique derrière lui. L'attitude peut ne pas être la même. Parce que le soignant en fin de  
206 carrière ou en milieu de carrière le côté positif, c'est qu'il a de l'expérience et donc il peut mieux  
207 peut-être répondre aux demandes du patient. D'un autre côté, il y a un risque d'usure qui fait  
208 qu'il va être moins à l'écoute de la plainte d'un patient. Parce que tout ce qu'il a euhhhhh  
209 emmagasiné comme situations difficiles va faire qu'il va peut-être moins entendre, les cris d'un  
210 patient ou son appel. Parce qu'il en a trop entendu. Je pense aux soignants en EHPAD la charge  
211 de travail très importante qui fait, qu'ils doivent souvent faire face à des patients d'une part âgés  
212 et présentant des troubles cognitifs souvent. C'est vraiment. Ils y sont vraiment confrontés en  
213 permanence. Donc la répétition de ces situations je pense est très difficile pour les soignants et  
214 peut amener à des comportements qui ne sont plus adaptés. Il peut y avoir de l'agressivité et de  
215 la violence, même envers les patients du fait de la répétition de ces situations qui sont difficiles  
216 à vivre.

217 **Valérie** : Et donc c'était, euhhhh, c'est euhhhh. Je me rappelle plus, c'est des réunions, c'est ça  
218 que vous faisiez pour les soignants en fait pour qu'ils puissent parler du vécu difficile, c'est ça ?

219 IDE : Oui, c'est des groupes d'analyse de pratiques.

220 **Valérie** : Ah oui, voilà, c'est de l'analyse de pratiques, hein.

221 IDE : Voilà donc ça se faisait toujours en binôme avec une infirmière et une psychologue, et  
222 les soignants, on parle d'une ou plusieurs situations qui avaient été difficiles pour eux, et du  
223 coup, ça leur permettait de relire la situation et d'exprimer leurs difficultés face à ces situations.

224 **Valérie** : Et ça revenait souvent le sentiment de ne pas bien faire son travail ?

225 IDE : Oui et on a la culpabilité qui s'ajoute de ne pas prendre soin du patient comme je le  
226 souhaiterais. C'est vraiment une souffrance pour le soignant avec un risque important  
227 d'épuisement.

228 **Valérie** : Je comprends oui et je vous remercie pour votre participation. Je suis arrivée au terme  
229 de mon questionnement. Merci beaucoup.

230 IDE : De rien, j'espère que cela vous sera utile

231 **Valérie** : Merci

### ***Annexe III.II : Entretien aux Urgences Médipôle, IDE 2***

- 1 **Valérie** : Bonjour , pouvez-vous présenter ?
- 2 IDE : Infirmière depuis 61/2 ans bientôt 7ans . J'ai quasiment toujours fait des urgences J'ai  
3 fait un petit peu de soins continu et un petit peu de réveil. Et là, ouais ça doit faire 5ans et demi  
4 plein pot que je suis aux urgences.
- 5 **Valérie** : Quand vous êtes en service quels sont les éléments concernant les patients qui attirent  
6 votre attention ?
- 7 IDE : Qui vont attirer mon attention , qui va m'interpeler ? Par rapport au.....
- 8 **Valérie** : Oui les évènements ou les situations qui peuvent faire qu'à un moment, en passant ça  
9 peut attirer l'attention.
- 10 IDE : Là, aux urgences faut savoir que c'est un service qui bouge beaucoup. Donc il y a du  
11 bruit un peu partout, entre... Il y a beaucoup d'intervenants, euh, entre tous les médecins qui  
12 peuvent venir, tous les soignants et tout ça...C'est quelque chose qui, euh, il y a un bruit qui  
13 est constant toute la journée. On va être plus attentif, du coup ce qui va m'interpeller, c'est qu'il  
14 va y avoir un bruit inhabituel. On va dire donc, c'est-à-dire euh, quand il y a une... Un patient  
15 qui va crier. Qui va crier soit sur de la douleur, soit parce qu'il n'est pas content, sur euh...  
16 Voilà. Des bruits un petit peu inhabituels ou alors quand ça va être une collègue qui va crier et  
17 va demander à l'aide, là ça va être obligé de retenir un petit peu mon attention, quoi.
- 18 **Valérie** : Ok . Ça attirera plus si c'est les collègues que si c'est euh ?
- 19 IDE : Non, pas forcément, après faut je ne sais pas si t'as vu un peu la disposition des urgences.  
20 Notre bulle là où t'es venue tout à l'heure. Là, elle est vraiment au centre de tous les boxes,  
21 donc c'est des bruits qui enfin, on entend tout en fait. Les murs c'est du papier de verre et les  
22 portes sont toujours ouvertes euh... Donc ce qui va vraiment plus m'interpeller c'est comme  
23 je te dis les bruits inhabituels.
- 24 **Valérie** : ok

25 IDE : Donc ça va être... Euh, la demande d'un patient qui va dire : « *y a quelqu'un ?* » ou alors  
26 ça va être les cris de douleur ou alors de mécontentements on va dire. Il faut toujours avoir une  
27 oreille en fait qui traîne un petit peu à droite à gauche.

28 **Valérie** : OK merci. Et euh... Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ?  
29 Et pourquoi ?

30 IDE : Un appel à mes compétences ?

31 **Valérie** : Oui

32 IDE : Euh, par rapport au bruit ?

33 **Valérie** : Oui en fait ça fait référence à la première question. Par rapport à ça, qu'est-ce qui fait  
34 référence aux compétences infirmiers ?

35 IDE : Ben euh pfff. C'est...Ça va être dans la priorisation des soins, parce que souvent quand  
36 on va entendre quelque chose c'est qu'on est déjà sur un soin. Il faut savoir quelle est la  
37 demande. Euh...Ce que ça va.... Nous, ici on est un petit service d'urgence donc du coup,  
38 euh...On sait à peu près qui installe quoi et qui est les patients qui sont là. On a toujours un  
39 œil un petit peu partout. Si je suis en train de faire un soin et que ce soit pour une broutille on  
40 va dire : ça va être une demande : « j'ai besoin d'un oreiller » ou quoi que ce soit, alors que je  
41 fais un soin qui me semble plus important, du coup il y a la priorisation. Enfin, la compétence  
42 de priorisation, je ne sais pas si ça peut se dire comme ça. S'il faut parler au niveau des  
43 compétences infirmières c'est vrai que c'est un petit peu loin, donc j'aurais du mal à dire bien  
44 les compétences et tout (rire). Mais, euh, ouais la priorisation. Garder aussi une certaine forme  
45 de sang-froid lors d'un soin c'est euh... Ça peut aussi perturber quand on est dans un soin, ça  
46 dépend la demande. Les cris de douleur, ces bruits-là quoi ! Après, c'est une espèce  
47 d'adrénaline qu'on a aux urgences, qu'il faut savoir aussi gérer. Après voilà les compétences je  
48 pense qu'euh...

49 **Valérie** : Ok. Euh Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Et pourriez-  
50 vous donner un exemple ?

51 IDE : Mmmm . Après y a plusieurs formes, ça dépend toujours du patient et de sa pathologie.  
52 Et de tout ce qu'il a. Tout ce qu'on a en face parce que surtout aux urgences, on peut avoir un  
53 petit d'un an, jusqu'à un vieux, une personne âgée de cent ans quoi !

54 **Valérie** : Oui c'est ça qui est intéressant

55 IDE : Donc toujours s'adapter à la personne qu'on a en face. Euh... Si c'est quelqu'un qui est  
56 sourd- muet ou alors aveugle, c'est jamais la même chose. Le téléphone sonne....Pardon

57 **Valérie** : C'est rien allez-y !

58 IDE : Euh... Du coup, oui toujours s'adapter à la personne qu'on a en face. Donc ça, c'est  
59 quelque chose qui me paraît normal. S'il y a quelqu'un qui est mal entendant de... Enfin ou  
60 aveugle de pas lui dire, euh... Toujours s'adapter à la personne qu'on a en face en fait ne pas  
61 parler à quelqu'un qui a un handicap. Euh, voilà ! Enfin, je sais pas comment l'expliquer, c'est  
62 quelque chose qui est difficile. ( rire) Et pourtant c'est ce que tu attends peut- être... (rire)

63 **Valérie** : Non (rire)

64 IDE : Une personne qui est démente, voilà ! Faut s'adapter à la personne qu'on a en face.  
65 Utiliser un bon discours, il y a la relation aussi. Euh. Non verbal qui fait beaucoup, le côté  
66 rassurant, le toucher il y a plein de choses qui rentrent en compte là-dedans. Et euh voilà, ça  
67 c'est hyper-important de s'adapter. Et un exemple s'adapter. Euh, ben, je ne sais pas quelqu'un  
68 qui... C'était par rapport à la relation. Je ne sais pas c'est tellement euh normal que je ne sache  
69 pas. Enfin pour moi, qui suis là-dedans. Voilà tu le verras aussi peut-être plus tard mais c'est  
70 euh... Une petite mamie qui est démente ou quoique je ne vais pas forcément m'attarder, euh...  
71 Je vais lui expliquer ce qu'elle a, mais je vais pas rentrer dans les détails parce qu'elle va me  
72 parler de... Enfin elle va vite s'égarer dans son discours, je vois qu'elle sait pas... Qu'elle  
73 ne comprend pas. Je vais lui dire quand même parce que pour moi c'est normal, mais je sais si  
74 elle aura eu la conscience de enfin. Si elle comprendra ce qui lui a été dit quoi !

75 **Valérie** : Et parfois on entend dans les services des patients qui crient et euh ben qu'est-ce que  
76 vous pensez de ces cris et pareil pouvez-vous donner un exemple si possible ?

77 IDE : Toujours évaluer, il y a beaucoup de choses qui rentrent en compte dans le cri. Comme  
78 je le dis : il peut y avoir la détresse, il peut y avoir la douleur, il peut y avoir euh. Plein de  
79 choses la colère, après il y a toutes sortes d'émotions qui rentrent aussi là-dedans. Il faut  
80 connaître la nature du cri. Et voilà comme j'ai dit euh. Le cri ici, ça va beaucoup être la douleur  
81 ou la colère. Des gens mécontents qui ne comprennent pas forcément le fonctionnement des  
82 urgences. Qui « eux » je comprends sont dans la détresse et sont aussi dans la peur de ce qu'il  
83 leur arrive. Donc la colère peut rentrer et prendre le dessus. Et du coup ben ils vont s'énerver !  
84 Donc euh voilà ! Il y a plein de choses là-dessus qui rentrent euh en jeu.

85 **Valérie** : Et donc oui là-dessus vous arrivez à les différencier les cris, si c'est un cri de colère  
86 ou un cri de douleur, ou ...

87 IDE : On fait la différence quand même. Quelqu'un qui est en colère va crier peut-être, euh...  
88 Je sais pas, c'est...Ça peut être aussi de façon : des insultes, ça peut-être l'intonation de la voix.  
89 Quelqu'un qui a mal ça va être des gémissements euh... Enfin, il y a plein de choses oui à  
90 prendre en compte là-dessus. Et nous, on connaît les patients on sait souvent le motif de  
91 pourquoi ils sont là. On sait qui a mal, on sait qui. Quand on va avoir quelqu'un en face de  
92 nous, on va savoir le caractère et le tempérament qu'il a. Donc du coup, c'est vrai qu'on arrive  
93 quand même à faire la différence là-dessus.

94 **Valérie** : Ok. Et euh, justement à travers ces cris bons quand c'est de la douleur. Mais quand  
95 c'est de la colère aussi euh au niveau des réactions qu'est-ce que ça peut renvoyer en fait, le  
96 premier ressenti par rapport à quelqu'un qui crie ?

97 IDE : Qu'est-ce que ça peut renvoyer chez le patient pourquoi il pourrait crier c'est ça ?

98 **Valérie** : Euh chez le patient et chez le soignant aussi.

99 IDE : Euh ben chez le patient ça peut renvoyer un mécontentement , de la douleur une sensation  
100 de mal être aussi. Enfin il y a toujours une cause je pense à un cri. Même s'il y a des gens qui  
101 parfois crient pour rien ( rire), ça après faut faire la part des choses. Chez le soignant c'est vrai  
102 qu'à répétition à longueur de temps ça peut être usant. Parce qu'au début enfin, déjà ça peut  
103 être perturbant en tant que jeune diplômé. Moi au début quand j'avais quelqu'un qui criait  
104 devant moi j'étais un peu péteuse euh. Ok d'accord vous avez raison et donc voilà (rire). Après

105 voilà, bien par habitude on a un petit peu de bouteille si je peux dire. Et euh voilà ! On arrive  
106 un peu à prendre le, ce n'est pas une position de dessus, ce n'est pas ça mais c'est euh.  
107 Quelquefois il faut être voilà ...Hausser pas le ton plus haut, mais avoir des mots un peu plus  
108 fermes pour euh un peu canaliser. Mais surtout comprendre pourquoi il y a ce cri. Et  
109 euh. Essayer de traiter la cause, quoi. Après à la longue c'est vrai que c'est quelque chose qui  
110 peut être usant. Euh, voilà, c'est une forme d'agressivité aussi. Ce n'est jamais agréable quand  
111 quelqu'un nous crie dessus. Les cris de douleur à force ça peut être aussi bien déboussolant.  
112 D'entendre des gens qui crient à longueur de journée, ce n'est pas non plus anodin. Je pense  
113 que l'humain n'est pas, psychologiquement ce n'est pas génial quoi mais bon voilà !

114 **Valérie** : Oui donc là-dessus ça revient à ce qu'on vient de dire parce que l'autre question  
115 c'était les classer en fonction de l'environnement mais donc voilà quelqu'un qui est agressif on  
116 y est. Et euh oui alors le comportement face à quelqu'un qui crie justement par ce côté un peu  
117 usant ou quel comportement peut avoir le soignant

118 IDE : Bien à l'école (rire) désolée hein ! Mais on nous dira d'être empathique, de garder le  
119 self contrôle et de faire la part des choses. De se protéger de nos émotions. On nous apprend,  
120 on passe beaucoup de temps sur l'empathie. Après moi, c'est vrai que c'est quelque chose que  
121 j'ai eu du mal à comprendre, tant qu'on le vit pas en fait. On pose les bases sur l'empathie donc  
122 voilà, on nous dit : « *des gros mots* » en nous disant voilà, il faut se protéger de ses émotions.  
123 Mais faut quand même être toujours un peu avenant, mais pas trop. En fait voilà, c'est quelque  
124 chose qui se fait de façon un petit peu naturelle. C'est vrai qu'on est des éponges, enfin il faut  
125 pas éponger, mais en même temps faut éponger un petit peu. Enfin voilà, c'était un petit peu  
126 flou pour moi à l'école ça. Et euh, c'était quoi le comportement ?

127 **Valérie** : Oui voilà au niveau du comportement qu'est-ce qu'un cri peut avoir comme effet  
128 sur le comportement du soignant ?

129 IDE : C'est pareil, on est quand même avant tout des humains quoi ! Et euh à force, bien les  
130 cris, euh ça peut amener à trop forte dose je pense, hein ! Heureusement, j'en suis pas là et le  
131 jour où j'en serais là bien j'espère ne pas être là. Mais enfin, ça peut conduire au Burn-out  
132 aussi, ça peut vraiment être usant à force. Et euh voilà, toujours savoir se protéger savoir gérer  
133 ces situations. Après moi je suis quelqu'un de plutôt euh cool. Enfin vraiment je suis pas du  
134 genre à m'énerver. Je vais toujours essayer de comprendre le patient pour moi c'est la priorité

135 dans n'importe quel soin : c'est le relationnel. Pour moi, c'est hyper-important. Aux urgences,  
136 j'avais peur de pas en trouver et au final euh je trouve qu'on a un rôle assez important. Parce  
137 qu'on a un rôle de tampon et du coup bien voilà après moi c'est ma vision des choses. C'est  
138 vraiment toujours temporiser. Comprendre avant tout le patient que ce soit tous les patients  
139 de... Il faut savoir euh pourquoi ? Même si un patient qui est catégorisé, comme difficile on va  
140 dire : au niveau de son comportement. Ou alors en fonction des origines aussi, nous on a  
141 beaucoup de populations gitanes. C'est une autre façon de voir les choses, mais après voilà.  
142 Faut pas s'arrêter en disant, comme on peut entendre malheureusement : « *c'est des gitans*  
143 *donc du coup voilà* » non ! Bien il y a un contexte, c'est comme ça ! C'est dans leur culture. Ils  
144 sont comme ça, donc toujours s'adapter à la personne qu'on a en face et chez le soignant c'est  
145 vrai que ça peut être un peu difficile. Faut savoir garder un peu de sa personnalité aussi et voilà.  
146 Au final ces des choses qui se font naturellement, quoi !

147 **Valérie :** Oui bien c'était un peu ça le sens en fait justement par rapport aux cultures il y a  
148 tellement de choses qui rentrent en ligne de compte que...

149 IDE : Bien c'est ça ! Il y a les populations, enfin les cultures arabes, vont être différentes que  
150 celles des pays de l'est. Ou il y a des familles qui vont être super présentes notamment chez  
151 les gitans. Nous quand on a un patient gitan dans le service, on en a cinquante qui sont devant  
152 les urgences. Après faut savoir gérer ça ! Parce que dès qu'on va ouvrir la porte de la salle  
153 d'attente, bien il y a toute la famille qui va nous sauter dessus. Donc là, si on n'arrive pas...  
154 C'est impressionnant quand même ! Quand t'es une petite infirmière et que t'as cinquante  
155 personnes qui viennent : « *oui mais truc* », puis ils gueulent quand même ! Ils ont enfin ! C'est  
156 quelque chose qui est particulier enfin surtout dans notre région. Mais après euh voilà c'est  
157 assez sympa. Moi j'aime bien (rire.)

158 **Valérie :** Oui c'est sûr. Je comprends, mais il est vrai que si c'est en plus des gens qui sont en  
159 colère ou agressif ça peut être...

160 IDE : Il faut temporiser. Voilà, c'est vraiment toujours temporiser. Savoir à qui s'adresser,  
161 parce que chez les gitans ils vont venir à cinquante poser cinquante fois la même question.  
162 Enfin, nous il s'est déjà avéré que « *c'est un peu la mama de la communauté gitane* » qui a eu  
163 un souci de santé. Qui s'est présentée aux urgences et là s'était vraiment l'hécatombe, devant  
164 les urgences c'était compliqué. Et tout le monde était paniqué et du coup. Eh bien c'était

165 presque à sortir et dire : « à qui je m'adresse ? » limite c'est qui le chef quoi ! Parce que c'était  
166 tout le monde qui était en état de panique, c'est un stress, c'est leur façon à eux d'extérioriser  
167 et voilà on a de suite canalisé les choses, obligé.

168 **Valérie :** Oui donc vous arrivez quand même à canaliser ?

169 Ide : Il faut, oui.

170 **Valérie :** Et donc là-dessus , finalement ça répond à mes questions. J'allais vous demander si  
171 vous étiez toujours à la recherche des mots ou du sens des mots et des demandes mais pour le  
172 coup ça y répond. Puisque c'est ce qu'on vient de dire.

173 IDE : Oui

174 **Valérie :** Et donc pour vous la place de la relation soignant/soigné elle est aussi importante  
175 dans votre pratique ?

176 IDE : Après moi c'est vraiment une priorité pour moi. C'est quelque chose qui est dans mon  
177 tempérament. Le jour où j'aurais plus ça euh je ne serais plus infirmière. Je vois hein ! C'est  
178 euh, j'ai des collègues qui sont là depuis peut être quinze ans et qui ont moins de patience.  
179 C'est pas pour euh critiquer mes collègues, mais je pense qu'au bout d'un moment on a fait le  
180 tour et que c'est usant. Et c'est pas pour rien qu'on dit que la durée de vie d'une infirmière, ça  
181 va être 7 ans dans un service. Mais je vois des collègues qui ont souvent des problèmes avec  
182 des patients et qui vont venir me chercher à moi pour essayer de temporiser un petit peu une  
183 situation. Alors que moi c'est quelque chose qui est naturel. Je ne pense pas être plus douée  
184 mais c'est que j'aime les gens, j'aime comprendre les choses. Je ne prends pas les gens de  
185 haut, parce que souvent un patient va se sentir un peu inférieur avec la position soignante  
186 soigné. C'est que le patient, est toujours dans l'attente de ce que l'on va lui dire. Il ne sait pas, il  
187 ne maîtrise pas et du coup on a un peu le grand pouvoir en tant que soignant quoi ! Et donc du  
188 coup faut bien c'est vrai qu'il faut toujours faire attention à ça et la relation soignant soigné  
189 c'est la clé de tout. Parce que si elle n'est pas là, cette relation, il peut y avoir refus de  
190 soins. Refus de soins, ça peut entraîner énormément de choses pour le patient, donc aussi le  
191 décès dans le pire des cas. Alors, que si les choses sont emmenées d'une façon bien je vais  
192 dire « normal pour moi » entre guillemets. Bien le patient va être d'accord de se faire soigner

193 et donc du coup ça peut être une vie de sauvée. Enfin, c'est hyper important et même au niveau  
194 du patient pour se sentir euh. Je pense que si on est bien déjà dans sa tête avec euh le soignant  
195 du coup automatiquement ça va se traduire au niveau du corps.

196 **Valérie :** Oui en effet je pense pareil. Est-ce que il y aurait une situation où vous avez porté un  
197 intérêt au cri ? Et vous serait-il possible de la décrire ?

198 IDE : Bien il y a eu en sept ans, deux situations qui m'ont marquée. Ça touchait des enfants  
199 euh. En fait, aux urgences, on a une infirmière d'accueil. Donc là c'était moi ce jour-là et donc  
200 l'infirmière d'accueil elle prend un petit peu plein la tronche toute la journée. Parce qu'elle voit  
201 tous les patients qu'elle... Et s'est compliqué et qu'elle priorise en fonction de la gravité. Et les  
202 gens ne comprennent pas, parce qu'ils arrivent euh...avant et sont vus peut-être après. Et sauf  
203 que ce soir-là, c'était calme heureusement et je regarde à la caméra et je vois un monsieur qui  
204 arrive avec un gamin en fait dans les bras inconscients. Et là je me suis dit : voilà ! Non !  
205 Voilà, clairement (rire) Et du coup panique en salle d'attente. (Le téléphone sonne) Pardon.  
206 Oui donc pardon. Cette situation et là bien je me suis dit : « bien voilà tu ne peux pas fuir tu  
207 es obligée c'est toi l'infirmière » sachant que nous on n'a pas de service de pédiatrie quoi !  
208 Donc pour les enfants, on n'a pas ! Et je vois ce papa qui était maghrébin qui parlait pas un  
209 mot français et ce gamin j'avais du mal à lui donner un âge et qui avait la tête vraiment, voilà  
210 éléphant man. Donc on ne savait pas trop ce qui s'était passé. De là bien, ça hurle en salle  
211 d'attente parce qu'il y a un effet de, voilà quoi. Ce n'est pas anodin d'arriver dans une salle  
212 d'attente qui est bondée, avec un gamin dans les bras inconscients. Donc de suite on l'a installé,  
213 on s'en est occupé. Il y a eu un arrêt cardiaque, ça n'a pas été évident et il y avait les cris de ce  
214 papa, nous on n'arrivait pas à gérer le flux. Parce que la porte était ouverte, donc la famille est  
215 rentrée en dehors du boxe hein ! Mais on est dans un soin déjà qui est stressant pour nous parce  
216 qu'on n'a pas l'habitude. Parce que c'est un gamin parce que, tous les enjeux qu'il y a derrière  
217 quoi euh. Là, il y a un gamin, qui est, qu'il faut sauver ! Et du coup bien derrière quand même,  
218 il y a toute la famille qui est devant à attendre derrière toi quoi. Donc, c'est vrai je n'étais pas  
219 toute seule, de suite j'ai crié moi-même déjà ! Parce qu'à la caméra, j'ai vu le gamin arriver  
220 donc j'ai crié ! Pour que le médecin et l'équipe arrive. Et euh du coup bien c'est ....voilà, c'est  
221 quelque chose qui faut ...C'est des cris qui restent un petit peu en tête. Surtout la famille quoi.  
222 Quand c'est un enfant, c'est plus particulier. Après là quand c'est... bien désolé, mais quand  
223 c'est des personnes âgées, c'est un peu pour moi la suite logique de la vie. Malheureusement

224 voilà, c'est comme ça ! Mais quand on est dans un soin qui est déjà stressant. Donc nous on  
225 arrive à garder plus ou moins notre calme entre nous. On ne crie pas car ça ne sert à rien ! Déjà  
226 sur une réanimation, c'est important je pense de, voilà savoir garder son calme. Même si  
227 concrètement tu as le palpitant qui qui est à fond et tu te dis bon allez ! Et cette famille derrière  
228 qui ne sait pas. En plus ils ne parlent pas français, donc du coup on ne sait pas ce qui se dit, on  
229 ne sait pas les circonstances euh. Enfin, les informations viennent plus tard parce qu'on arrive  
230 à trouver quelqu'un qui parle la même langue et du coup qui nous fait la traduction. Mais  
231 voilà, on arrive il est tombé en vélo, compliqué de savoir. En fait euh plus tard, on comprend  
232 que c'est un gamin, qui s'est fait tabasser dans la rue et voilà, quoi ! Finalité de l'histoire, on a  
233 réussi à le récupérer quand même donc ça voilà tant mieux ! Psychologiquement ça fait du  
234 bien et c'est vrai que ces des cris toujours enfin voilà. Et la deuxième situation voilà pareil.  
235 C'était des gitans, pour le coup qui ramenaient un gamin qui a fait un coma éthylique. C'était  
236 à un mariage et du coup il se servait dans les cubis et euh il ne respire pas. Sauf qu'effet de  
237 masse, eux ils tapent dans les murs, il y avait des trous dans les murs, ils ont défoncé les portes.  
238 Et c'est tout ce stress qui a est à gérer et c'est des cris qu'on n'oublie pas quoi ! Mais après  
239 voilà , faut savoir toujours rester professionnelle et après il y a une espèce d'adrénaline qui  
240 vraiment prend le dessus. Et c'est naturel de voilà. Faut toujours garder son calme. Après  
241 contrecoup, bien sûr, mais on en parle dans l'équipe et voilà après c'est euh.

242 **Valérie :** Oui c'est ce que j'allais demander justement en contrecoup vous arrivez après à en  
243 parler pour identifier et

244 **IDE :** On en parle, alors nous on est une équipe très soudée et c'est un peu une famille. Enfin  
245 on a cette chance là, ici c'est que dans l'équipe ça se passe super bien. Moi c'est quasiment tous  
246 mes amis. Après moi, il n'y a pas d'animosité, je n'ai pas de problème avec aucun de mes  
247 collègues. Et on est un peu obligé dans une équipe d'urgence à créer des liens quoi. Et du  
248 coup moi mon mécanisme de défense par exemple ça va être de rire. Je vais réussir à rire de  
249 tout et de pff, dédramatiser quoi. Quand la finalité est bonne, ce gamin il serait décédé euh je  
250 pense que je n'aurai pas ri. Je n'aurai pas pu, mais le fait qu'il ait retrouvé un pouls qu'on ait  
251 réussi, que... D'avoir repris des nouvelles et tout ça...Eh bien, ouf voilà, on a soufflé, on n'a  
252 pas rigolé mais enfin euh, je ne sais pas. Moi je sais que mon mécanisme de défense ça va être  
253 de rire, je vais voir d'autres amis qui ne sont pas des urgences mais pour euh penser à autre  
254 chose et euh voilà quoi on est obligé de se protéger un petit peu comme ça.

255 **Valérie** : Une dernière question et donc par rapport à ce que ça renvoie le cri donc là-dessus  
256 vous arrivez quand même à savoir quelle émotion ça peut vous renvoyer vous arriver à identifier  
257 ce que ça renvoie en vous ?

258 IDE : Eh bien après je pense qu'il faut être aussi tourné vers soi c'est hyper important. Donc  
259 ça c'est avant, je savais pas le faire. Enfin du côté vie perso euh j'ai eu quelque soucis et c'est  
260 bête mais une hypnothérapeute qui m'a fait beaucoup de bien. Et du coup euh j'apprends à  
261 m'écouter moi. Donc euh maintenant c'est un peu naturel, avant je fermais les yeux voilà. Ça  
262 criait devant moi pfff tu cries tu cries c'est pas grave. Et en fait, eh bien quand on se tourne un  
263 petit peu plus vers nous genre euh, bien au début c'est difficile. Parce qu'on va se forcer genre  
264 euh : qu'est-ce que ça a provoqué chez toi ? Qu'est-ce que tu as ressenti ? Qu'est-ce que et  
265 bien ensuite bien voilà, essayer de... Je pense que c'est important de pas se voiler la face, de  
266 s'écouter, parce qu'au bout d'un moment on explose complètement quoi donc euh voilà. Le  
267 téléphone sonne pardon. Je dois y aller.

268 **Valérie** : Je comprends et vous remercie de votre participation

269 IDE : De rien et bonne continuation

270 **Valérie** : Aurevoir Merci

### ***Annexe III.III : Entretien aux urgences Médipôle, IDE 3***

1 **Valérie** : Donc, avant de commencer l'entretien, je vais te laisser te présenter pour savoir depuis  
2 combien de temps tu es infirmier.

3 IDE: Je fais tout mon parcours ou ?

4 **Valérie** Oui ça peut être intéressant de savoir.

5 IDE : Alors, j'ai 33ans, je suis infirmier diplômé d'état depuis 2012. Alors, j'ai commencé ma  
6 carrière de nuit, j'ai quasiment fait toute ma carrière de nuit. D'abord en orthopédie et en  
7 urologie, dans des services de chirurgie, donc . Et depuis maintenant 3 ans, je suis aux urgences  
8 et je suis passé de jour, il y a presque un an.

9 **Valérie** : Ok merci Donc ma première question, ça va être : Quand tu es en service, quelles  
10 sont les situations ou événements concernant les patients qui attirent ton attention ?

11 IDE : Alors dans le cadre des urgences, oui, on est souvent interpellé par le cri des  
12 accompagnants ou des patients qui se plaignent souvent aux secrétaires. Nous, dans notre  
13 service d'urgence, on a un poste qui s'appelle l'IAO. L'infirmier d'accueil et d'orientation, et  
14 c'est souvent lui qui est très sollicité par les accompagnants, par les patients eux-mêmes. Voilà  
15 donc c'est vrai qu'on est à priori interpellé d'abord par les cris des patients, puis après y a aussi  
16 les secrétaires qui nous indiquent quel patient ne va pas très bien en salle d'attente, qu'il faudrait  
17 le voir en urgence.

18 **Valérie** : Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences et pourquoi ?

19 IDE : Alors un appel à mes compétences oh ! Il faut analyser déjà je pense enfin caractériser la  
20 demande du patient. Euh, savoir s'il verbalise des douleurs à certains endroits, des douleurs  
21 thoraciques, une détresse respiratoire. Ou si c'est juste qu'il verbalise une situation de stress,  
22 une situation angoissante et en fonction de ça. Euh, là les compétences de l'infirmier entrent en  
23 entrent en action. Et c'est à nous de savoir si c'est vraiment de l'angoisse ou si vrai ou si c'est  
24 vraiment plus médical. Si c'est des douleurs thoraciques ou des détresses respiratoires par  
25 exemple. Là, notre rôle propre rentre tout de suite en charge et c'est là qu'on doit prendre les  
26 mesures adéquates.

27 **Valérie** : OK. Comment pour vous, un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous  
28 donner un exemple ?

29 IDE : Bah alors y a y a plusieurs façons d'exprimer une demande. Bah. Tout Premièrement la  
30 parole. La plupart des patients sont en capacités de verbaliser leur demandent. Après y a voir la  
31 gestuelle. Puis concernant le rôle propre de l'infirmier, faut être capable de déceler rien qu'en  
32 observant le patient, les signes de détresse, quels qu'ils soient. Que ce soit détresse respiratoire,  
33 détresses liées à la douleur...Il y a aussi des signes, comme la pâleur, les sueurs qui peuvent  
34 nous indiquer tel ou tel problème.

35 **Valérie** : On entend dans les services des patients pousser des cris. Que pensez-vous de ces cris  
36 ? Donnez des exemples ?

37 IDE : Alors euh. Quand j'étais en orthopédie (le téléphone sonne. Attends ! ). Alors ça dépend  
38 du service et de la situation. Donc à titre personnel, quand j'étais de nuit, il y avait souvent des  
39 patients que l'on peut qualifier de dément, qui poussaient des cris, donc c'étaient pas forcément  
40 des cris qui nous inquiétaient. Parce que voilà, c'étaient des patients... Leur État cognitif, faisait  
41 qu'ils criaient beaucoup. Après, il faut quand même y prêter attention parce que ça peut être lié  
42 à une chute. Euh. Dans le cadre des urgences, on prête plus attention au cri, parce que souvent  
43 il y a une vraie urgence derrière, une vraie détresse. Euh. Dans le cadre des urgences. C'est euh  
44 Ben, c'est de l'urgence comme Je viens, de le dire. Donc souvent, c'est des cris qui sont justifiés,  
45 liés à la douleur. C'est des patients qui n'ont pas été complètement pris en charge, dont on ne  
46 connaît pas entièrement l'histoire de la maladie ou les problèmes qu'ils peuvent avoir. On a dans  
47 le cadre des urgences on, je pense qu'on a plus tendance à être plus réceptif, aux cris que dans  
48 les services.

49 **Valérie** : Les cris des patients qui ont des troubles cognitifs. Euh Là, juste avant, tu disais qu'il  
50 fallait enfin que voilà, comme c'est cognitif, on y prête moins attention ?

51 **IDE** : Voilà bah après c'est un tort ! Mais après c'est le côté humain. Quand on a un patient  
52 qui crie toute la journée, toute la nuit, on a on a tendance, à ne plus y prêter attention. Donc on  
53 y va une fois, 2 fois, 3 fois au bout d'un moment à la 4e, on a tendance à laisser traîner et à et  
54 à faire des choses plus urgentes ou que l'on considère plus urgentes. Avant de s'y rendre, c'est  
55 voilà, c'est difficile à jauger.

56 **Valérie** : Et pourquoi en fait ? Parce que si. En fait, ça devient une habitude ?

57 IDE : Oui, voilà, c'est des défauts, des fois qu'on a acquis. C'est des fois des jugements de  
58 valeur. On a un patient qu'on connaît depuis longtemps, qu'on sait qui crie tout le temps euh.  
59 Voilà, on a tendance à moins prêter attention aux patients qui se plaignent tout le temps, qui

60 sont toujours agités alors que peut-être pour une fois, c'était une vraie demande qui nécessitait  
61 notre présence.

62 **Valérie** : Arrivez-vous à différencier les cris ?

63 IDE : Euh Ah ! C'est compliqué de différencier les cris .... Ah ça, je ne peux pas le dire sinon  
64 je vais aller en prison après

65 **Valérie** Pourquoi ?

66 **IDE** : À moins être présent parce qu'on sait qui crie tout le temps, c'est un gros jugement de  
67 valeur. Mais après, pour ce qui différencie des cris, oui oui bah y a des cris qui sont plus des  
68 plaintes, y a des cris et vraiment c'est de l'angoisse, y a des cris qui ressemblent plus à des cris  
69 de douleur. Oui je pense qu'avec la pratique on arrive à peu près à faire une différence avec les  
70 cris.

71 **Valérie** : Pouvez-vous les replacer ? Enfin, pouvez-vous les classer en les replaçant selon  
72 l'environnement ?

73 IDE : Alors oui, tout dépend de la situation, par exemple des cris d'impatience, dans le SAS.  
74 Peut y avoir aussi des cris lorsqu'on fait un soin. Oui, mais ça, ça dépend l'environnement, que  
75 ce soit des souvent les cris en salle d'attente, c'est souvent de de l'impatience, de l'angoisse.  
76 Après, il y a les cris , lorsqu'on fait des soins, oui, tout ça, on peut les classer suivant  
77 l'environnement suivant la situation, suivant les soins effectués.

78 **Valérie** : Ok . Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt aux cris ?

79 **IDE** : Alors une situation dans laquelle on porte attention au cri. Bien c'est assez triste à dire,  
80 mais là où on porte le plus attention, c'est quand les patients sont agressifs ou les  
81 accompagnants, c'est ce qui nous fait agir le plus. Des fois, on a tendance à crier à notre tour, à  
82 monter dans les tours et les vraies plaintes qui sont justifiées. Ça nous met moins en pression, ça  
83 nous fait moins réagir vite.

84 **Valérie** Et pourquoi porter plus un intérêt à ce cri en particulier et quelle a été la réaction ?

85 IDE : Eh bien dans le cadre d'une agression, ben c'est humain, on se sent agressé, donc on se  
86 défend parce qu'on est souvent vraiment embêté. On est sous pression, les gens comprennent  
87 de moins en moins. Et après, dans le cadre de la douleur ou d'un soin, on y porte intérêt parce  
88 qu'on arrive à déterminer si c'est justifié ou non.

89 **Valérie** : Ok. Et euh considérez-vous le cri comme un comportement vocal perturbateur ? Si  
90 oui, pourquoi ?

91 **IDE** : Alors. Pas forcément. Si un cri est justifié, même si ça peut mettre une certaine pression,  
92 c'est pas forcément perturbateur parce que avec la pratique, on arrive à accepter les plaintes des  
93 patients, qu'elles soient justifiées ou moins justifiées. Après, dans le cadre d'une agression,  
94 évidemment. Oui. Le cri peut être un élément très perturbateur.

95 **Valérie** : Et quand il est perturbateur,

96 Une autre infirmière arrive et répond : que c'est perturbateur en salle d'attente, pour les autres  
97 gens, plus que la personne qui crie quoi.

98 **Valérie** Comment ? En Salle d'attente. Oui, pas que pour vous en fait Et euh par rapport à ce  
99 que ça renvoie en fait justement ces cris, quand c'est agressif, euh vous arrivez à l'identifier. En  
100 fait ce côté enfin ce que ça réveille, ce que ça renvoie en vous. L'émotion que ça soulève ?

101 **IDE** : Ben, ça renvoie à notre propre colère, à notre, euh... A notre propre état d'esprit, à ce  
102 moment-là, ça peut être aussi... Ben, euh, comme dit ma collègue, très lassant ça.... A terme,  
103 des fois, par exemple : dans un service d'urgence, ça peut vous dégoûter de notre travail parce  
104 que des fois, c'est vrai que se faire crier dessus. Tout le temps, tout le temps par des personnes  
105 qui ne comprennent rien au système de santé et au fonctionnement. Oui, ça peut devenir très  
106 lassant.

107 **Valérie** : Et comment vous faites face à ça ?

108 **IDE** : Alors il y a quand même, dans ce service en particulier, il y a une grosse solidarité entre  
109 les équipes, tout le monde se soutient. Donc voilà, ça aide beaucoup. Après voilà il y a les  
110 petites pauses entre collègues, voilà le soutien de nos collègues est le plus important pour faire  
111 face. Et des médecins s'ils daignent vous soutenir, ce qui n'est pas le cas de tous.

112 **Valérie** : Et euh une dernière question par rapport au COVID en fait, est-ce que déjà vous avez  
113 travaillé pendant la période COVID ? Et justement, pendant cette période, il y a certainement  
114 euh, voilà enfin toute la souffrance, tout ce que ça engendré. Est-ce qu'il y a eu des cris autour  
115 de ça, comment ça a été vécu, comment enfin ? Je sais pas si j'ai été très claire.

116 **IDE** : Rien que sur les cris ?

117 **Valérie :** Ben les cris ou toutes les émotions qui ont pu ressortir. Comment ça a été exprimé  
118 ces demandes, parce que j'imagine que...

119 IDE : Chez les patients ou... ?

120 **Valérie :** Les deux

121 IDE : Ou chez nous

122 **Valérie :** Oui

123 IDE : Alors attend

124 **Valérie :** Oui parce qu'il y a de la détresse chez les soignants comme chez les patients donc  
125 euh...

126 **La collègue :** Moi j'y étais pas aux urgences donc euh...

127 IDE : Bien, alors, moi oui j'y étais ! Euh. Alors, durant la période COVID. Bien, nous on a  
128 eu une très forte baisse d'activité donc on peut pas dire qu'on étaient impactés très négativement.  
129 J'étais de nuit à l'époque. Du coup, c'était euh on faisait, allez maximum une dizaine de patients  
130 par nuit alors que d'habitude on pouvait en faire 30 voire 40. Donc moi ça a pas été spécialement  
131 une situation stressante, oui au départ, mais après, une fois qu'on a compris que le COVID ça  
132 peut être grave, c'était pas non plus aussi catastrophique qu'ils nous l'ont dit. Ça n'a pas gêné  
133 plus que ça. Après, ça a été les protocoles qui ont été mis en place. La psychose qui avait autour  
134 des patients qui venaient trop tard aux urgences. Là, ça a vraiment impacté.

135 **Valérie :** OK merci

136 IDE : Bon là faut que j'y aille

137 **Valérie :** Très bien merci beaucoup de votre participation

138 IDE : De rien

### *Annexe III.IV : Entretien aux urgences Médipôle, IDE 4*

- 1 **Valérie :** Bonjour. Bien je vais te laisser te présenter.
- 2 IDE : Donc moi, je suis un infirmier depuis du coup un an au service des urgences de la clinique  
3 Médipôle. Avant j'ai fait 3, 4 mois de Psy, étant donné que j'avais fait mon pré pro en  
4 psychiatrie, euh, parce que justement je passais mon mémoire sur la psychiatrie. J'ai fait l'école  
5 sur Narbonne. Voilà, mes 3 années d'études pour être infirmier.
- 6 **Valérie :** Merci. Donc quand tu es en service, quelles sont les situations ou événements  
7 concernant les patients qui attirent ton attention ?
- 8 IDE : Alors généralement, ce qui attire l'attention, surtout au service des urgences, c'est les  
9 patients qui se manifestent par leur voix ou par leurs gestes, étant donné que euh... certains ne  
10 peuvent pas communiquer exactement comme il le faudrait. Donc ils essaient de communiquer  
11 avec ce qu'ils ont. Et généralement, c'est, la voix ou les gestes. Euh donc ça peut définir d'une  
12 situation qui peut être problématique. Un patient qui est très algique, euh qui a un souci au  
13 niveau cognitif par exemple. Ou qui justement souhaiterait nous faire comprendre quelque  
14 chose quand c'est pas possible de nous le faire comprendre à l'instant T.
- 15 **Valérie :** Euh Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences, et pourquoi ?
- 16 IDE : Un appel à nos compétences ?
- 17 IDE : Eh bien, nos compétences personnelles, euh, enfin, et à la fois collectives, je dirais que  
18 c'est plutôt le fait d'être capable de répondre à une situation qui peut être, dans notre cas une  
19 situation d'urgence, étant donné qu'on se situe au niveau des urgences. Mais c'est surtout d'être  
20 capable, d'être à l'écoute vis-à-vis du patient qui souhaite, euh... En fait, qui souhaite nous  
21 communiquer quelque chose via des cris, via une posture. Donc, je pense que ça amène à notre  
22 curiosité personnelle et professionnelle et ainsi que notre savoir être et savoir écouter. Quoi  
23 donc, suivant les situations.
- 24 **Valérie :** Ok. Euh, comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande et pourriez-  
25 vous donner un exemple ?
- 26 IDE : Comment il pourrait ?
- 27 **Valérie :** Comment il peut exprimer une demande ?

28 IDE : Alors soit il... Soit il nous exprime une demande oralement avec un questionnement,  
29 enfin une question par rapport à sa problématique, euh. Soit, si vraiment, c'est très complexe  
30 et qu'il ne peut pas, il y a des accompagnants qui ont la possibilité de nous exprimer le souhait  
31 du patient. Et si vraiment il y a aucune solution à l'instant T, dû à X ou Y raison, euh...on  
32 contacte en fait une personne de confiance, qui a normalement les directives et les volontés du  
33 patient. En fonction de ce qu'il aimerait et ce qu'il... Ce qu'il voudrait. Pour son avenir étant  
34 donné que si lui, il est pas en capacité de pouvoir... De pouvoir y répondre tout de suite, tout  
35 de suite.

36 **Valérie** : Ok Et on entend dans les services des patients pousser des cris. Qu'est-ce que vous  
37 pensez des cris ? Et pareil, si vous pouvez donner des exemples ?

38 IDE : Alors qu'est-ce qu'on pense des cris. Étant donné que nous, nous sommes aux urgences  
39 des cris on en a assez régulièrement. Que ce soient des cris de douleur ou de panique suivant  
40 l'état du patient. Si c'est des patients qui sont déments c'est souvent des cris en fait de panique  
41 plus que de de douleur. Après, je dirais que la difficulté de la chose c'est de savoir se positionner  
42 en fonction du cri d'une personne qui a très mal et d'une personne qui a énormément peur. Donc  
43 ça peut être 2 cris complètement différents, mais il faut bien faire attention parce que quelqu'un  
44 qui a peur n'a pas obligatoirement quelque chose, quelqu'un qui a mal. Euh donc c'est deux  
45 choses différentes euh. Alors comme ça j'ai pas d'exemple précis. Mais je définirais plutôt par  
46 une globalité sur le fait que il faut faire attention a... À repérer tous les signes annonciateurs de  
47 cris de douleur qui pourraient induire vers une dégradation du patient. Que ce soit par exemple :  
48 on va dire une plaie qui est vraiment béante et que le, la personne elle a peur et elle a mal. Mais  
49 je pense que c'est suivant, suivant si la plaie elle est impressionnante, ça peut avoir plus de peur  
50 que de mal et autant des fois il faut se méfier aussi du silence. Parce que le silence c'est  
51 important. Enfin c'est .... Il faut faire très attention, y a des gens qui sont très douloureux mais  
52 qui supportent tellement bien la douleur qu'ils ne nous expriment pas leur douleur. Mais il faut  
53 y faire attention parce que généralement il y a des complications certaines là-dessous. Prenons-  
54 notre exemple ici, vu qu'on est un établissement qui est vraiment spécialisé sur de l'urologie.  
55 Les coliques néphrétiques qui, euh...qui ont de la fièvre. C'est une urgence vitale, c'est à dire  
56 qu'il faut que ça passe au bloc immédiatement. Sauf qu'il y a certaines personnes qui supportent  
57 plus ou moins la douleur et qui ne font pas très attention à avoir de la fièvre en plus. Ils pensent  
58 qu'ils ont pris un coup de froid ou et cetera. Et ça définit l'urgence vitale quoi. Faut faire  
59 attention ! Donc, des fois le silence, il faut aussi se méfier du silence.

60 **Valérie** : hmmm, oui. C'est intéressant. Euh...Et donc là-dessus vous arrivez à faire la  
61 différence entre un cri de douleur et un cri de panique ?

62 **IDE** : Oui. En fait, c'est tout un contexte. C'est à dire que le cri de douleur par exemple, il y a...  
63 Pour reprendre l'exemple des enfants : nous on en fait pas beaucoup beaucoup. Mais le peu  
64 qu'on a, il y a beaucoup d'enfants qui ont des pleurs de panique, de la situation, d'être dans un  
65 environnement inconnu, même s'il y a les parents parce qu'évidemment ils sont mineurs donc  
66 c'est obligatoire. Mais c'est bien d'avoir toujours les parents pour rassurer, euh. Pour rassurer  
67 l'enfant, mais c'est souvent plus des cris de peur que vraiment de douleur, même s'il y en a  
68 aussi. Mais euh alors, comment le définir, euh... Définir la différence entre les 2, c'est assez  
69 compliqué parce que c'est plutôt quelque chose qu'on ressent et c'est aussi euh c'est. Aussi visuel  
70 le cri, il est aussi visuel en fonction de l'enfant... C'est toute une histoire de positionnement, de  
71 visage aussi qui fait que....Moi je le vois comme ça, personnellement. Après je suis pas le  
72 mieux placé pour en discuter étant donné que j'ai très peu d'expérience là-dessus. Ça fait qu'un  
73 an que je suis là. Comparé à des collègues qui sont là depuis 5, 6 ans et qui en ont vu euh...

74 **Valérie** : Non mais là c'est intéressant, parce que là-dessus le cri tu pourrais avoir une image  
75 en fait ?

76 **IDE** : Voilà le cri pour moi. Le cri peut avoir une image. Parce que justement, il y a des gens  
77 qui sont enfin... Y a des gens qui crient parce qu'ils ont très mal et du coup c'est tout un  
78 ensemble. C'est à dire qu'ils ont...Ils ont vraiment mal et ça se voit des cheveux jusqu'aux  
79 orteils. Il y a des gens qui crient parce qu'ils ont peur et c'est vraiment plus faciès que autre  
80 chose. En fait, ils essaient de montrer, via leur cri, la peur qu'ils ont. Et après ça c'est très, euh.  
81 Il faut être assez observateur et minutieux là-dessus. Après ça dépend. Il faut faire très attention  
82 de pas tout mélanger non plus là-dessus. Parce que on peut vite basculer dans l'un ou dans  
83 l'autre, et il faut prendre ce recul nécessaire, je pense ! Pour être...Pour pallier au mieux face  
84 à la situation.

85 **Valérie** : Ok. Et euh donc en les remettant, en les replaçant dans leur environnement. Ça permet  
86 justement de prendre ce recul et ou pas ?

87 **IDE** : Oui, ça permet de prendre ce recul. Puisque après on... Avec l'expérience qu'on  
88 emmagasine, on arrive à faire plus de différence. Au début, étant donné qu'ici c'est les urgences,  
89 au tout début quand on connaît pas, on se dit que dès que quelqu'un crie, c'est que c'est très  
90 grave, il faut prendre à l'instant T. Et après avec un peu d'expérience et un peu de recul sur la

91 situation, on relativise sur un peu tout. Il y a... Il y a beaucoup plus de cris : de peur que de  
92 cris vraiment de douleur, puisque le système enfin... Le corps humain est quand même conçu  
93 pour annihiler la douleur et à un moment donné, si vraiment elle est trop forte, par exemple :  
94 pour tout ce qui est brûlure au 3e degré.

95 **Valérie** : Ouais

96 IDE : On dit toujours que les brûlures les plus dangereuses sont les brûlures qui ne font pas  
97 mal ! Etant donné que si ce sont des brûlures au 2e degré, euh. En fait, ça n'a pas encore atteint  
98 toutes les terminaisons nerveuses de la peau. Donc ça fait que... On sait que c'est des... Il faut  
99 y faire attention et encore plus sur les troisièmes degré, puisque les patients disent : qu'ils ne  
100 sentent rien. Mais en fait, ils sont tellement brûlés que toutes les terminaisons nerveuses sont  
101 brûlées.

102 **Valérie** : Et oui et donc ils ne sentent plus.

103 IDE : Donc c'est pour ça qu'il faut faire attention au silence parce que le silence peut aussi  
104 définir une douleur. Mais qui... Qui n'est pas exprimable mais qui est présente. Ça après, c'est  
105 l'œil clinique qu'il faut avoir en collaboration avec l'équipe et le médecin.

106 **Valérie** : Ouais, c'est intéressant parce que justement j'en... Je fais cette transition entre un  
107 silence qui signifie quelque chose et un cri... Voilà.

108 IDE : hum parfois le silence vaut 1000 mots.

109 **Valérie** : Ah non mais c'est vrai hein ! Oui le silence, il a aussi son importance. Enfin voilà. Et  
110 donc là-dessus est ce qu'il y aurait une situation à laquelle tu aurais été confronté, qui t'a  
111 demandé de porter un intérêt aux cris ?

112 IDE : Euh pfff (silence). Je réfléchis, je réfléchis. Euh. Il pourrait y en avoir une. D'une situation  
113 où, euh. On a eu un patient qui, euh. Qui criait énormément, euh. En fait de douleur. Puis après,  
114 en fait, ça s'est un peu calmé dû aux antalgiques qu'on lui a passé. Puis ça a recommencé et en  
115 fait on s'est rendu compte que... Au passage chez nous en fait, son état s'est un peu dégradé,  
116 euh. La douleur s'est accentuée parce que bah. C'était justement une... Euh. Une colique  
117 néphrétique avec un calcul très mal placé, assez gros. Qui doit être opéré et qui n'était pas calmé  
118 malgré tous les antalgiques qui étaient mis en place avec un morphinique. Plus de 20 mg de  
119 morphine. Donc là, on a commencé à tous se dire : que vraiment là, il fallait faire quelque chose  
120 à l'instant T. Parce que le monsieur il était plié en deux. Il nous suppliait de calmer la douleur.

121 Et malgré tout ce qu'on avait mis, on n'arrivait pas ; Et je pense que là, c'est la situation entre  
122 guillemets « *de non-retour* » où là, il faut pas trop se poser de questions et aller au .... Etant  
123 donné... Quand on connaît le diagnostic, il faut pas trop se poser de questions et aller au bloc  
124 opératoire immédiatement. C'est le seul moyen de traiter, je pense, la douleur à l'instant T.  
125 rapidement. Ils sont endormis, anesthésiés, puis on enlève le calcul, euh. Mais c'est vrai qu'au  
126 début, les coliques néphrétiques sont particulièrement douloureuses chez les patients, qu'elles  
127 soient grosses ou petites. Euh mais là, c'était vraiment une situation où euh... Je pense qu'il....  
128 C'est comme s'il nous suppliait de lâcher....Vraiment de de le.... Parce qu'il en pouvait plus  
129 et malgré tout ce qu'on avait passé. Et tout ce que les médecins avaient prescrit, on s'en sortait  
130 pas. Et donc voilà, là, c'était vraiment la situation de non-retour où ses cris son faciès et son  
131 comportement définissaient la douleur atroce qu'il ressentait. Je me souviens plus exactement  
132 de combien il faisait, mais il était quand même assez gros. Puisque nous, on opère à partir de  
133 plus de 5 ½, 5 millimètres. Et là, je crois qu'il en faisait 9. Neuf et quelques... Je sais...Je me  
134 souviens plus exactement. Mais je savais qu'il était quand même gros . C'est le... Je crois que  
135 c'est le plus gros que moi, j'avais eu. Maintenant là, c'est de 11 ou 12, mais là... C'était vraiment  
136 le plus gros !

137 **Valérie** : D'accord. Et euh, comment je pourrais dire ? Euh. Ouais au niveau des cris, ici, aux  
138 urgences. Ou peut-être par rapport à l'expérience en psychiatrie ? Euh. En fait, à quel type de  
139 cri ? Parce que là, on a parlé de la douleur, on a parlé de la panique. Est-ce que ça peut être un  
140 cri d'autre chose ?

141 IDE : Euh... Est-ce que ça peut être un cri d'autre chose ? Ça peut être peut-être un cri suivant  
142 les pathologies, y a des pathologies qui forcent le cri. La maladie : *la Tourette*, euh. Enfin se  
143 définit aussi par des sautes d'humeur et de cris inopinés sans aucune raison. Alors après, je  
144 pense. Enfin personnellement pour moi, y a.... Y a ouais. Ya ces deux grands types de cris.  
145 Après euh la peur et la douleur. Après euh. Il peut y avoir aussi le cri de la colère, qu'on peut  
146 avoir aussi ici, de temps en temps. Nous aussi, même si c'est pas récurrent, on en a pas souvent  
147 souvent...Mais ça arrive. Le cri de la colère, de l'attente, euh. Ça arrive aussi, ça, il faut le  
148 prendre...Euh... Il faut prendre, un peu sur soi, ne pas dépasser les limites, que ce soit d'un côté  
149 ou de l'autre. Et puis si vraiment ça en vient là et que c'est personnel, si ça devient personnel, il  
150 faut passer la main. Que ce soit infirmier ou médecin. Si c'est vraiment personnel, il y a des  
151 gens qui n'arrivent pas à définir, à faire la différence entre... Une institution et un personnel.  
152 Donc, euh. Pour ma part, ça m'est jamais arrivé. Mais je peux comprendre qu'un jour, ça puisse

153 arriver. Donc, euh, dans ce cas-là, je pense que le mieux c'est de pas... Enfin, d'éteindre la  
154 flamme et de de laisser sa place à quelqu'un d'autre pour que ça se passe mieux.

155 **Valérie** : Donc ça c'est...En cas de de... D'une colère, euh.

156 IDE : Agressive. D'un cri de colère un peu agressif , un peu , euh...

157 **Valérie** : Dirigée sur quelqu'un.

158 IDE : Oui, voilà

159 **Valérie** : Ok

160 IDE : Après ce qui nous arrive nous, un peu plus souvent, c'est pour ceux qui font l'IAO. Euh.  
161 Les gens ont du mal à comprendre que nous n'avons pas dans...Nous n'avons pas toutes les  
162 spécialités dans la clinique. Ce qui fait que, on ne peut pas prendre toutes les pathologies. Nous  
163 n'avons pas de pédiatrie donc on ne prend pas les enfants pour tout ce qui est de la médecine,  
164 Nous n'avons plus de service de gastroentérologie, donc tout ce qui est de gastro non plus, pas  
165 de neurologie, voilà, pas de gynéco. Il y a des gens qui ne comprennent pas que la clinique  
166 n'accueille pas ces personnes-là. Et que nous n'avons pas les spécialistes. Donc des fois ça... ça  
167 force un peu la colère, parce que c'est des gens qui ont attendu, une ou deux heures par exemple.  
168 Et qui, finalement on leur dit : Bah écoutez, on peut pas vous prendre parce qu'on a pas les  
169 spécialistes. Je peux comprendre que des fois y a de la colère. Euh, voilà après c'est... C'est  
170 entre guillemets « *le jeu* ». C'est que des fois, c'est comme ça. On a pas tous les spécialistes,  
171 on peut pas faire non plus.

172 **Valérie** : Oui, non c'est sûr ! Mais et qu'est-ce que ça renvoie en fait ? Est-ce que ça... Le cri  
173 en soi quand c'est de la douleur, de la panique, enfin de l'angoisse ou de la colère...

174 IDE : Je pense que ça définit une émotion. Une émotion, euh. Et la volonté de faire passer un  
175 message, puisque les cris, euh. Le principe même du cri, c'est de... que ce soit entendu. Donc  
176 je pense que : c'est de faire passer un message ou une émotion

177 **Valérie** : Et comment il peut être ressenti du côté soignant ? Justement cette émotion, est-ce  
178 qu'elle fait écho à ce que euh ...

179 IDE : Alors peut-être, euh. Elle peut être ressentie comme, euh, oui. Elle peut faire écho.  
180 Puisque justement, on peut se dire : Ah ! Là quand même, si là il crie, c'est qu'il doit avoir mal.  
181 Donc il faut faire quelque chose. Et après des fois ça peut être ressenti dans... Pas dans un

182 mauvais cas, il peut y avoir des fois où il y a des gens qui crient sans aucune raison valable. Un  
183 peu comme crier au loup quoi. Donc du coup ça fait que... On y fait moins attention et le  
184 problème c'est que ben.... Comme dit le proverbe : « *A force de crier au loup, c'est le jour où*  
185 *vraiment ça ne va pas qu'on ne sera plus pris au sérieux* ». Mais ça.... Ça c'est là...  
186 L'indiscipline des patients et des gens, autour, qui ne savent pas faire la différence entre des  
187 urgences et des vraies urgences. Je pense que c'est toute une histoire de manque d'information.  
188 Si les gens étaient enfin, si les patients étaient beaucoup plus renseignés là-dessus. Voilà, euh,  
189 des douleurs, des douleurs rénales avec de la fièvre. C'est de l'urgence vitale, mais très peu sont  
190 au courant. Donc voilà.

191 **Valérie** : Ouais, c'est vrai qu'ils savent pas bien faire la différence.

192 IDE : C'est un manque d'information. C'est juste un manque d'information. Une fois qu'on  
193 connaît un peu quelques bases. Après je pense que on s'en sort dans 90% des cas, mis à part cas  
194 exceptionnel. Mais là, c'est...

195 **Valérie** : Et ce mode d'expression, est ce qu'il renvoie quelque chose au soignant ?

196 IDE : Euh bien. Il nous renvoie quelque chose. Enfin, il nous, il nous renvoie, euh. Quand  
197 même une image de ... Enfin, une image de quelque chose, de quelqu'un qui a mal ou qui, qui  
198 a peur. Donc il faut faire quelque chose, une image d'action, quoi ! C'est vraiment, c'est  
199 vraiment une image d'action. C'est à dire que pour moi ... Pour moi quelqu'un qui crie c'est que  
200 il faut faire quelque chose à l'instant T. Même si c'est que le rassurer sans utiliser de  
201 thérapeutique ou de médicaments. Je pense que c'est... Un cri ne peut pas laisser généralement  
202 dans l'oubli. Il peut pas tomber dans l'oubli comme ça, et je pense qu'il faut faire quelque chose.

203 **Valérie** : Ok . Bah je pense que je suis arrivée...Ah oui, juste est-ce que tu considères le cri  
204 comme un là-dessus ? Peut-être pas justement ce qu'on vient de dire comme un comportement  
205 vocal perturbateur.

206 IDE : Perturbateur, C'est-à-dire, euh

207 **Valérie** : Dérangeant en fait. Est-ce que ça peut être dérangeant parce qu'il y a le côté, euh.  
208 Oui, ça renvoie à... il faut faire quelque chose. Mais est-ce que ben, par exemple, quand c'est  
209 de la colère ou de l'agressivité, est-ce qu'enfin voilà ?

210 IDE : Oui, ça dérange. Ça peut être dérangeant. Ça peut être dérangeant quand c'est intempestif  
211 et sans aucune raison valable. C'est à dire que : Crier pour crier, tout le monde peut le faire. Je

212 veux dire euh. Nous les premiers ! On peut crier sans aucune raison, mais il faut faire la part  
213 des choses aussi. Donc il faut... Il faut que tout le monde mette sa petite pierre à son édifice et  
214 n'utiliser que ce mode d'expression qu'en cas de grosses douleurs ou de panique. Après la  
215 panique, on... Quand on crie de panique, on ne choisit pas vraiment, on le subit. C'est que les  
216 gens qui ont peur. Voilà, c'est le propre même de l'humain, de de... De crier pour limiter la  
217 peur. C'est le propre même du... De l'affrontement du règne animal. Tous les animaux, tous  
218 les carnivores agressifs sont... Sont des animaux qui crient et qui... Le lion, le tigre, l'ours  
219 principe-même de de.... De de l'humanité.

220 **Valérie** : Mais c'est très intéressant, c'est vraiment, c'est des sujets que je traite donc... Et une  
221 dernière par rapport au COVID je sais pas si tu as travaillé pendant la période COVID.

222 IDE : Non je n'étais pas là, j'étais pas là pendant le COVID parce que j'étais encore étudiant  
223 encore à cette époque-là.

224 **Valérie** : Ah ouais et donc euh

225 IDE : J'étais en psy. Et puis le COVID était assez particulier en psy étant donné qu'on... Ils  
226 bougeaient pas des chambres et qu'y avait pas d'échange... Donc c'était assez...

227 **Valérie** : Oui donc il y a pas eu de...

228 IDE : Non c'était, c'était secteur.... C'était devenu un secteur fermé où il bougeaient pas de la  
229 chambre et puis il y avait pas d'activité, rien du tout. C'était...

230 **Valérie** : D'accord.

231 IDE : C'était du gardiennage plus que... Plus que vraiment...

232 **Valérie** : Et il y a pas eu à ce moment-là des revendications justement des patients qui auraient  
233 pu s'énerver ou crier à travers euh...

234 IDE : Ben en Psy. Le problème c'est que c'est assez tronqué par l'usage des médicaments et de  
235 maladies. Donc en fait, le problème de la psy c'est qu'ils sont jamais eux-mêmes à 100%.  
236 Puisque justement quand ils sont même à 100%, ils sont définis par la société comme  
237 problématiques. Donc on met en place des choses pour éviter cela donc... Je pense que le sujet  
238 est compliqué quand c'est... Je pense que le sujet est compliqué quand on parle de la psychiatrie,  
239 parce que c'est assez tronqué par une maladie ou par des thérapeutiques. Voilà alors que bon,

- 240 quand le cri est défini par.... Par entre guillemets, « *des personnes stables* », je pense qu'il y a  
241 plus matière à explorer là-dessus.
- 242 **Valérie :** Oui, Oui. Ok Bien merci.

### *Annexe III.V : Entretien en EHPAD, IDE 5*

- 1 **Valérie** : Peux-tu te présenter s'il te plaît ?
- 2 IDE : J'ai 50 ans. Euh, je suis donc...J'ai commencé ma carrière en étant aide-soignante, j'ai  
3 travaillé dans des cliniques... Ensuite, je suis allée à l'EHPAD où ils m'ont financé la 3e année  
4 pour être infirmière et donc j'ai repris mes études en 2015. Ouais, c'est ça.
- 5 **Valérie** : Quand tu es en service, quelles sont les situations où événements concernant les  
6 patients qui attirent ton attention ?
- 7 **IDE** : Quand je suis en service. Eh bien... Eh bien, honnêtement nous là, on est humm,....  
8 Comme on est rattaché à...Au centre hospitalier de santé mentale, euh lorsque les patients  
9 arrivent ils ont 60 ans. Après, ils les gardent un petit peu en géronto, mais après il faut les  
10 mettre... Malheureusement faut les mettre quelque part, donc ils viennent en Ehpads. Donc on  
11 a de plus en plus de patients psy.
- 12 **Valérie** : Ok.
- 13 **IDE** : Et ça pose un souci dans le fait aussi où si t'as pas fait de formation des fois pour les  
14 prendre en charge. Tu vois, il y a... Il y a des gens qui vont directement au conflit et enfin on  
15 sait pas ce qu'il faut faire. Donc des fois ce qui m'alerte et ben ce sont en effet les cris. Les cris,  
16 j'entends du bruit, tu vois de la violence entre eux, des coups de cannes enfin bon c'est ça. Redis-  
17 moi, ta question ?
- 18 **Valérie** : Quand tu es en service, quels sont les événements concernant les patients qui attirent  
19 ton attention ?
- 20 IDE : Oui, les cris des patients euh. Aussi un patient peut-être, qui est un peu apathique. Tu vois  
21 que je... Qui a pas le même comportement que d'habitude. Parce que bon voilà après je les  
22 connais bien quoi évidemment, comme c'est un lieu de vie. Je les vois tous les jours donc s'ils  
23 vont pas bien je vais le remarquer. Peut-être pas comme dans une structure, enfin pas  
24 hospitalière, mais dans un service de chirurgie. La personne vient à son intervention, s'en va  
25 t'as pas spécialement le temps de la connaître. Moi je les connais bien, quoi les résidents. Et  
26 puis, l'appel des aides-soignantes qui te disent des fois : « ça va pas, il se passe ça ça et ça. »  
27 Voilà je sais pas si j'ai répondu à ta question.
- 28 **Valérie** : Si, si la seconde : c'est qu'est-ce que tu prends pour un appel à tes compétences ? Et  
29 pourquoi ?

30 IDE : Tu peux me redire la question.

31 **Valérie** : Oui qu'est-ce que tu prends pour un appel à tes compétences et pourquoi ?

32 IDE : C'est-à-dire ?

33 **Valérie** : Ben, qu'est-ce qui, euh ? Comment dire . Dans les situations que tu peux croiser dans  
34 la journée, qu'est-ce qui va interpeller chez toi ? Enfin ? Qu'est-ce que le patient va manifester  
35 qui va renvoyer chez toi un appel à tes compétences infirmières ? Je sais pas si je suis claire ?

36 IDE : Euh au niveau du comportement ou au niveau euh je sais pas moi. Par exemple une  
37 température ?

38 **Valérie** : Oui ça sera plus au niveau du comportement au niveau d'une attitude

39 IDE : Ah ! Bien oui au niveau d'une attitude. C'est l'agitation parce que là c'est en premier lieu  
40 une agitation. Parce que j'ai des résidents très très agités. Avec des traitements si besoin, qu'on  
41 peut leur administrer. Les cris, c'est que c'est bruyant, ils crient beaucoup. C'est le moyen de  
42 s'exprimer. Euh Voilà tout ça. Je vois pas.

43 **Valérie** : Oui mais en fait c'est ça. En fait justement : est-ce qu'un cri va résonner comme un  
44 appel à tes compétences ?

45 IDE : Oui un cri va résonner comme un appel. Si on crie ce n'est pas normal ! C'est euh, il y a  
46 quelque chose qui ne va pas quoi ! Après il y a des cris dans mon secteur c'est que quelque  
47 chose ne va pas. Après il y aura peut-être, si tu vas dans une cour d'enfants, y aura des cris mais  
48 c'est des cris de joie, mais c'est pas les mêmes. Moi « *le cri* » je... A mon oreille, je reconnais  
49 un cri de douleur, un cri d'énervement, un cri... Ben, j'arrive à percevoir et oui donc du coup  
50 je vais mettre en route mes compétences IDE.

51 **Valérie** : Ok. Euh. Comment pour toi un patient peut-il exprimer une demande justement, et  
52 pareil, est-ce que tu peux me donner un exemple ?

53 IDE : Ben il y aura le cri mais il y aura aussi le patient qui ne va rien dire. Qui va rester muet,  
54 qui va se renfermer, qui va se replier sur lui-même. Donc... Il y en a pas mal aussi, euh. Vas-  
55 y redis moi la question.

56 **Valérie** : Donc comment pour toi un patient, peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous  
57 donner un exemple ?

58 IDE : Et euh ouais pfff, ben alors en fait. Là je vais pas penser à un cri, je vais penser à une  
59 dame qui est à l' Ehpad depuis plusieurs années. Qui est normalement assez guillerette, qui voilà  
60 qui, qui se lève avec plaisir, qui participe aux activités, qui mange avec les autres et qui là, est  
61 restée dans son petit coin, elle voulait pas se lever. Alors bon le matin, pas se lever pour ouvrir  
62 les rideaux, rester dans le noir. Donc bon on m'a appelée , on m'a dit : ça a pas l'air d'aller ».   
63 J'y suis allée, elle avait pas le moral, elle avait besoin de moi, de parler. Puis après elle m'a  
64 raconté qu'en fait c'était l'anniversaire de sa sœur qui était décédée. Enfin voilà, quoi ! Voilà,  
65 c'est pas vieux, ça fait à peu près une semaine quoi ?

66 **Valérie** : Ah oui ok

67 IDE : Mais là c'était pas, c'était pas ni un cri ni.... Là, c'était plutôt de la tristesse qu'elle  
68 ressentait. Et puis voilà, puis d'un seul coup, elle s'est posée plein de questions, elle s'est dit :  
69 mais qu'est-ce que je fais là, moi ici toute seule sans famille. Alors tu essayes de ben voilà quoi  
70 de, de faire. Tu t'assois, tu discutes un peu avec elle et puis t'essaies de la rassurer comme tu  
71 peux.

72 **Valérie** : Ouais

73 IDE : Tout en sachant qu'elle a...Qu'elle a quand même raison, qu'elle est toute seule, qu'elle  
74 a pas de visite.

75 **Valérie** : Oui c'est une réalité.

76 IDE : Ouais, c'est une réalité, triste réalité. Heureusement qu'on est là hein ! Comment on peut  
77 abandonner comme ça. Après t'es pas dans les histoires de famille.

78 **Valérie** : Non. C'est vrai qu'il y a toujours des histoires dans toutes les familles.

79 IDE : Il y a toujours des histoires, dans toutes les familles il y a des histoires, donc tu peux pas  
80 juger. Mais des fois, surtout par rapport aux enfants tu vois, moi je me dis : « *mais c'est pas*  
81 *croyable !* » Seul comme ça ! C'est lourd ! L'ehpad c'est lourd autant moralement que  
82 physiquement, enfin moins physiquement maintenant, parce que je manipule moins les  
83 personnes. Mais moralement, ouais c'est lourd.

84 **Valérie** : Oui je sais que moi ils me touchent les résidents

85 IDE : Oui et tu verras plus tu vieillis et plus t'appréhendes en fait. Tu vois les choses  
86 différemment. Quand t'es jeune, tu vois. Excuse-moi là c'est pas la question mais....

87 **Valérie** : Ce n'est pas grave. Donc la question suivante : On entend dans les services des  
88 patients pousser des cris. Que penses-tu de ces cris ? Peux-tu donner des exemples ?

89 IDE : Ben. Déjà, quand on crie, c'est que quelque chose ne va pas. On parle bien sûr de la  
90 maladie et de notre univers, hein. Donc pour moi, quand on crie c'est que quelque chose ne va  
91 pas. J'ai fait un stage justement à la MAS chez les Polyhandicapés. Et il y avait un monsieur  
92 qui était... Je pense qu'il est décédé, qui était autiste. Sa seule façon de s'exprimer, c'était par  
93 les cris. Et alors ce monsieur, un jour est hospitalisé. Donc au sein de la MAS, il était très calme,  
94 il avait ses petites habitudes, tout ça. Par contre c'est vrai que dès que tu le touchais, tout ça, il  
95 faisait : « Ah ». Il criait et il fallait pas, mais très calme. Et un jour il est hospitalité et euh en  
96 sortie, il y a l'infirmière qui me dis : Tu sais, je pense qu'on va aller le voir à l'hôpital. Ça lui  
97 fera plaisir. Je dis bien oui. Donc on prend la voiture et on y va. Et là on arrive dans le secteur,  
98 et on entend des cris, des cris, des cris. C'était lui en fait, on l'avait reconnu. Mais des cris euh,  
99 de désespoir. Des cris, des cris d'abandon, des cris de terreur. Tu vois ? Parce qu'en fait il  
100 comprenait pas. Alors on est arrivées et là on est interpellées par l'infirmière, à qui on se  
101 présente et on dit : Ben voilà, on est 2 infirmières, on va voir Monsieur X. Et elle dit : Ah ben  
102 de toute façon il est très agité, on n'arrive pas à le calmer, euh il se laisse pas soigner, on a voulu  
103 aller passer une radio, il a pas voulu enfin bon c'est... C'est pas possible si ça continue comme  
104 ça, le médecin va le faire sortir. Et l'infirmière lui dit : que en fait il est autiste et qu'il ne  
105 comprend pas et qu'il est très effrayé. Il a plus du tous ses repères. Alors on est arrivées et dès  
106 qu'il nous a vues, c'était hyper-émouvant comme il a pleuré, je t'assure. Ah ! On aurait dit qu'en  
107 nous voyant, qu'il était tout rassuré. Donc on est restées un petit moment avec lui. Après,  
108 l'infirmière est allée voir, donc il avait un traitement, ils essayaient de le « casser » mais pour  
109 qu'il soit calme en fait et qu'il se laisse soigner. Et puis finalement, je crois qu'un ou deux jours  
110 après, il est euh rentré sur la MAS. Est ce qu'ils se sont mis d'accord pour lui donner des  
111 traitements ? Tu vois à la maison, enfin sur son lieu de vie. Mais c'était ouais, c'était quelque  
112 chose, tu vois.

113 **Valérie** Oui. En fait, il se sentait complètement en insécurité là-bas. Et c'était compliqué, hein.

114 IDE : Oui. Et certainement qu'en plus... Son seul moyen finalement, ça l'a amené à être peut-  
115 être un petit peu agressif, tu vois ? Ses mouvements, il devait se débattre tout, donc les gens du  
116 coup... Ben, ils allaient dans son sens, donc c'était pour essayer de le maintenir. Plus tu le  
117 maintiens, plus il s'énerve. Voilà... Ouais, mais bon malheureusement, c'est la réalité.

118 Parfois, il y a des personnes âgées qui sont hospitalisées, ils vont... Là on a une dame qui a été  
119 hospitalisée. Euh pour un col du fémur à la Clinique, elle est revenue avec des escarres partout.  
120 Ils ne l'avaient pas levée. Eh bien, écoute elle est décédée, ça s'est infecté, septicémie, parce  
121 qu'ils les laissent. Et que ce soit les handicapés, que ce soit une personne âgée, c'est une réalité,  
122 ils les laissent dans leur lit quoi. Donc c'est pour ça que maintenant, moi je suis au clair avec la  
123 famille et je leur dis quand ça va pas : qu'est-ce que vous voulez faire ? Et souvent ils te disent :  
124 « il reste ici ». Hé c'est terrible elle est décédée, septicémie, impossible escarres de stade 4 je  
125 te raconte même pas. C'est pas croyable quoi ! L'autre fois lors de la distribution des traitements  
126 il y a une aide-soignante qui arrivait et euh la mamie commençait à crier. A crié parce qu'elle  
127 avait faim, ça allait pas assez vite, elle criait, elle est.... Elle est démente, mais tu sais une  
128 démence euh Je sais pas si ça se dit : « débile » en terme médical, je crois que oui, hein.

129 **Valérie :** En fait, c'est au niveau du développement. On dit un trouble du développement, non ?

130 IDE : Voilà, oui car elle est comme ça depuis qu'elle est née, c'est ça. Mais oui bon voilà. Elle  
131 arrive elle dit : (Elle s'appelle Marie Carmen, la dame) et elle dit : « Bon maintenant. Marie-  
132 Carmen ça suffit hein, ça suffit de crier comme ça ! Oui, le repas va arriver ». Mon Dieu, je ne  
133 supporte pas, je vais la voir et lui dis : « écoute si Marie Carmen elle est là c'est qu'il y a un  
134 problème, tu as dû t'en rendre compte, ne lui crie pas dessus, ça sert à rien ! » Ah, elle  
135 recommence, mais je lui dis : « tu as pas compris ce que je te dis ? Je te dis de ne pas crier sur  
136 Marie Carmen ni sur les autres. Ça, ça ne se fait pas ! » Ça et le tutoiement, je ne supporte pas,  
137 c'est malheureux c'est comme ça. Je peux pas, on respecte, on peut pas non plus tutoyer une  
138 personne âgée. Il y a des personnes âgées, ( en fait sur le tutoiement), il y a des personnes âgées  
139 aussi qui n'ont pas toute leur facultés, qu'on connaît depuis des années ce qui fait que tu mets  
140 facilement le tutoiement.

141 **Valérie :** Oui c'est sûr.

142 IDE : Mais après, quand je vois des nouvelles personnes arriver, et dire : « Bonjour, tu vas  
143 bien alors allez, lève-toi, tu vas déjeuner » non quoi ?

144 **Valérie :** Oui, non, c'est pas respectueux.

145 IDE : Et alors là, les cris. Voilà donc elle criait après et donc j'en reviens tout à l'heure, comme  
146 je t'ai dit tout à l'heure le manque d'expérience et le manque de formation.

147 **Valérie :** Oui c'est vrai

148 IDE : Et oui elles le savent quoi ! Nous ce qu'on a appris, on l'a appris. Elles, elles le savent  
149 pas. Tu vois, ça coûterait rien à l'établissement. Il y a une grande salle, il y a un grand écran. Il  
150 pourrait faire une... Une formation, mais vite fait. Tu vois au moins pour dire les quelques  
151 petites clés tu vois ? Pour pouvoir les aider, je comprends qu'après tout un service qui crie...

152 **Valérie** : Oui ça peut être épuisant.

153 IDE : C'est épuisant, hein. Parce que toi en fait t'es infirmière. Moi j'ai 3 secteurs, quand je  
154 passe, je redescends. Peut-être que c'est plus calme, ça me permet d'évacuer, mais elles, elles y  
155 sont quand même tu vois dans leur truc.

156 **Valérie** : Mais oui non, mais c'est vrai que le cri, euh c'est enfin moi. C'est pour ça que je fais  
157 le mémoire là-dessus, parce que c'est pas euh

158 IDE : Après quand tu m'as mis ta question, ton questionnement. Il y avait une question que je  
159 voulais te poser. Je ne savais pas de quel cri tu parlais ?

160 **Valérie** : De tous les cris.

161 IDE : Tu vois, je me suis dit, tiens, c'est hypervague.

162 **Valérie** : Mais c'est vague et c'est volontairement vague parce que dans le mémoire, je pars du  
163 cri, de l'origine du cri et de son histoire. Donc je travaille au Moyen Âge, je le travaille à travers  
164 les arts et de la littérature. Je travaille le, euh le cri du nourrisson. Et en fait, je veux que ce soit  
165 large parce qu'on a tendance à... Mais je veux pas influencer la suite

166 IDE : Mais non alors , tu me diras après

167 **Valérie** : Oui, voilà on va finir et voilà

168 IDE : J'aurais dû te la poser après.

169 **Valérie** : Après je te dirais ce que je pense sur le cri

170 IDE : Désolée

171 **Valérie** : Non mais c'est pas grave. Mais c'est bien voilà, on en parlera après. Mais parce que  
172 oui là ça risque d'influencer les réponses.

173 IDE : Oui

174 **Valérie** : Donc on était ; Ben voilà. Est-ce que tu arrives à différencier les cris ? Apparemment,  
175 c'est ce que tu disais juste avant. Donc tu...oui, est ce que c'est possible de les classer en les

176 remplacement en... Ou pardon, en les remplaçant selon l'environnement. Est-ce que c'est possible  
177 de classer, de les classer en fonction de l'environnement ou pas ?

178 IDE : Oui, je pense que oui. Oui, c'est facile de les... Bah oui, je pense que l'environnement  
179 et... Ben là c'est l'environnement de personnes qui... Qui n'ont pas autre moyen de s'exprimer  
180 que par des cris. Donc c'est ça en fait ta question, hein, c'est suivant l'environnement ?

181 **Valérie** : Oui, c'est ça. C'est qu'en fait il y a, on a vu qu'il y avait différents cris il peut y avoir  
182 un cri de douleur, un cri de détresse, un cri. Ouais et est-ce que là-dessus on euh on peut les  
183 classer en les remplaçant par rapport à l'environnement auquel ils appartiennent ? ou pas ?

184 IDE : Je pense que oui, je sais pas, je pense que oui. Puisque tous les cris sont différents en fait  
185 la dame et l'autiste qui appellent dans le service, c'est un cri de désespoir. Celui qui, Marie  
186 Carmen qui crie parce qu'elle a faim. Donc c'est juste un cri. Elle s'exprime en fait . Plutôt que  
187 de dire, j'ai faim, j'en peux plus, elle s'exprime. Oui, je pense. Oui on peut les reclasser. C'est  
188 peut-être pas assez détaillé là. Je t'ai pas trop aidé là.

189 **Valérie** : Non mais ça c'est pas grave. De toute façon j'ai... Après moi j'ai d'autres questions  
190 derrière. Donc je... Et bah là-dessus celle-ci on y a répondu juste avant parce que c'était : est-  
191 ce que tu peux me décrire, une situation où tu apportais un intérêt au cri ? Et entre autres quand  
192 l'aide-soignante criait sur Marie Carmen qui criait c'est, oui...Là, c'en est une et voilà. Et  
193 pourquoi y avoir porté intérêt ? Bon, on y a répondu juste avant hein en fait.

194 IDE : Oui c'est sûr quoi, on répond par des cris. Parce que nous quand même, je pense qu'on  
195 peut s'exprimer et tu réponds pas par un cri. De toute façon, on crie, on crie, on crie tout le  
196 temps, finalement, dans la vie.

197 **Valérie** : On crie souvent

198 IDE : Oui on crie souvent.

199 **Valérie** : C'est vrai.

200 IDE : C'est vrai puis même après les enfants, on crie tout le temps d'ailleurs .

201 **Valérie** Oui mais en fait ça sert à rien.

202 IDE : Ça sert à rien, parce qu'on n'écoute même pas

203 **Valérie** : Non ben de toute façon oui. Voilà le problème du cri, c'est qu'il est pas euh... Il est  
204 pas porteur en fait.

205 IDE : Non, il est pas porteur. Je sais qu'on crie depuis longtemps et ça, c'est ma fille en fait, qui  
206 nous l'a expliqué. Qui m'a dit : « Tu sais maman le cri... On crie depuis longtemps, avant on  
207 criait en fait, au temps des hommes de Cro-Magnon, on criait pour alerter »

208 **Valérie** : C'est ça.

209 IDE : Et, euh oui, on serait attaqué dans la rue, on crierait certainement. Mais après, voilà,  
210 après je sais. Franchement, je sais pas pourquoi c'est vrai. Certains comme les autistes crient  
211 parce qu'en fait ils ont pas d'autres moyens de communication. Mais je sais pas en fait. C'est un  
212 son peut être vraiment animal, ça se dit pas quoi mais arriéré, qui date, qui date, qui date, qui  
213 est dans nos gènes ? Certainement.

214 **Valérie** : Je développerai après, mais là encore une fois je vais pas te faire part de mes  
215 recherches pour ne pas influencer les réponses. Et donc là-dessus. Euh quand t'entends crier  
216 qu'est-ce que ? Quel est le premier ressenti par rapport à une personne qui crie ?

217 IDE : L'alerte ; Moi, c'est l'alerte de suite. J'entends une personne qui crie par exemple, on est  
218 là ! J'entends une personne qui crie je vais faire comme ça et je vais y aller je sais pas pourquoi  
219 c'est l'alerte. L'alerte et me déplacer. Le cri me fait me déplacer.

220 **Valérie** : Ok

221 IDE : Je n'entends pas un cri ? je sais pas... Oh, y a quelqu'un qui crie... Non je me lève et  
222 j'entraîne mon déplacement pour me rendre compte. Pourquoi cette personne crie et qu'est-ce  
223 qui se passe ?

224 **Valérie** : Ok

225 IDE : Et si je peux faire quelque chose ? Si je peux rien faire, au moins alerter. Mais je, non  
226 mais je vais... Oui je vais me déplacer. Ah oui c'est sûr ça me fait me déplacer moi le cri.

227 **Valérie** : Ok. Et qu'est-ce que ça renvoie un cri ?

228 IDE : Bah déjà c'est pas agréable. C'est pas agréable d'entendre quelqu'un crier. Qu'est-ce que  
229 ça renvoie pour moi ?

230 **Valérie** : Oui

231 IDE : (Silence) ben déjà c'est pas un son agréable en fait. J'aime pas les gens qui crient et si on  
232 crie c'est que ça ne va pas, donc euh c'est pour ça que je vais voir si je peux arranger la situation.

233 **Valérie** : Ok

234 IDE : Je sais pas si j'ai bien répondu

235 **Valérie** : Si si

236 IDE : Mais moi je peux pas entendre crier. Bon non, non moi je peux pas entendre crier enfin

237 bon voilà.

238 **Valérie** : Et est-ce que tu es toujours à la recherche du sens, des mots et des demandes des

239 patients ?

240 IDE : Alors, oui normalement oui. Mais euh par manque de temps, par manque de temps par

241 manque, bah voilà de temps je peux pas répondre à toutes les demandes des patients . C'est

242 juste le manque de temps. Et parfois je me vois hein, je me dis-je pff. Je me dis le soir t'as pas

243 . Je vais te citer un exemple ça va être hors sujet je pense mais bon. Nous avons des prises de

244 sang tous les matins. On a la chance de piquer encore ici. Je suis super contente en fait, mais le

245 labo passe à 7h30, je commence à 7h, d'accord.

246 **Valérie** : Oui, donc une demi-heure.

247 IDE : Alors déjà tu vois, t'as l'ordinateur, tu te connectes, tu lis comme ça en travers voilà. Et

248 tes bilans qui sont prêt la veille, ta collègue la veille, te les as mis comme ça classés là. Alors

249 tu prends, tes boîtes, ton chariot, t'as 3 étages et l'ascenseur et vas-y. Et du coup t'arrive dans

250 la chambre, bonjour, c'est l'infirmière. Je viens vous faire la prise de sang, t'allumes la lumière,

251 tu montes le lit, tu vas à cette vitesse parce que si t'as trois bilans sanguins, je t'assure tu peux

252 pas. Le lit, bien l'ergonomique, ça fait rire hein ? Si tu as la veine, tu la vois comme ça, bien

253 tant pis, hein, bien voilà tu vas piquer. Voilà, tu... Excusez-moi, je pique. Quand t'as fait tes

254 trois-là. T'as posé tes boîtes et que tu dis ouf, le labo est pas passé. Et ben après tu penses aux

255 résidents et tu te dis : mais quelle prise en charge quoi ?

256 **Valérie** Ah bah oui, c'est clair

257 IDE : T' imagine toi, une infirmière qui arrive ici comme ça , qui te met le garrot ?

258 **Valérie** : Ils sont même pas réveillés !

259 IDE : Et c'est pas de ma faute, par contre avec ça, je suis claire, c'est pas de ma faute ! C'est à

260 dire que c'est de la maltraitance, mais institutionnelle, c'est pas moi quoi !

261 Et c'est pour ça que non j'ai pas le temps de répondre à toutes les demandes des résidents. Et

262 puis la fatigue aussi, le soir quand t'en est à ta 10e heure et que la mamie vient et te raconte

263 qu'elle a mal à la tête et que... Et d'habitude tu discuterais un peu avec elle en lui disant : Mais  
264 pourquoi vous avez mal à la tête et tout, et ben tu vois, il m'arrive des fois de de lui donner deux  
265 paracétamols. C'est pas bien ce que je te dis avec le gobelet d'eau et je lui dis allez-vous asseoir  
266 ça va passer. Mais c'est certainement pas ça dont elle avait besoin, c'est certainement discuter  
267 avec moi, je le sais mais je peux pas ! Non bah non, on reste des êtres humain. Ouais tu vois  
268 je te dis la vérité hein !

269 **Valérie** : Oui mais c'est bien

270 IDE : Je peux pas te dire : oui je prends toutes les demandes en considération. Non !

271 **Valérie** : Non ! Mais comme tu dis on reste des êtres humains.

272 IDE : C'est pas bien.

273 **Valérie** : Non, en effet

274 IDE : C'est pas bien parce que des fois tu rentres chez toi, t'es pas très satisfaite quoi.

275 **Valérie** : Oui j'imagine. Mais après voilà, c'est ça, c'est l'essentiel, c'est que ça renvoie quand  
276 même quelque chose d'insatisfaisant. C'est si ça ne te touchait pas que ce serait inquiétant !

277 IDE : Ah oui bien sûr

278 **Valérie** : Oui mais à partir du moment où voilà c'est institutionnel, c'est compliqué !

279 IDE : Voilà, voilà. Mais c'est vrai que oui. Oui bah oui, bien sûr, je me pose la question. Je ça  
280 m'interroge quand même. Je me dis... Ça me met en colère après des fois le système, tu vois ?  
281 Je ressens de la colère après le système, quand j'entends à la télé, euh. Après on te parle de la  
282 personne âgée, les petits vieux faut les respecter c'est nos aînés. Dans ma tête je me dis mais....

283 C'est quand même une génération, ils nous ont élevés, ils nous ont tout appris, on a rien fait,  
284 hein ? Par rapport à eux

285 **Valérie** : Non, c'est clair mais...

286 IDE : Franchement hein ! donc que bon...

287 **Valérie** : Non puis moi je pars du principe que... Enfin, moi, je me mets toujours à la place de  
288 l'autre. Je me dis que... Là, pour le coup, c'est les personnes âgées. Un jour, on sera à leur place,  
289 mais on peut être malade. On peut un jour, les rôles peuvent s'inverser et il faut pas faire aux  
290 autres ce qu'on ne veut pas qu'on nous fasse, institution ou pas.

291 IDE : Non, non, mais exactement,

292 **Valérie** : Moi je pars de ce principe-là,

293 IDE : Mais les gens en fait se voilent la face. C'est-à-dire pourquoi tu crois que personne veut  
294 venir bosser en gériatrie ? Et parce que franchement c'est pas... Pas joyeux, c'est pas... C'est la  
295 gériatrie, quoi. Parce qu'en fait elle renvoie une image, une vraie image de la personne  
296 abandonnée, quoi à elle-même dans un dans une... Nous on essaie de faire au mieux. Tu vois ?

297 **Valérie** : C'est vrai

298 IDE : Les gens savent pas, toute façon même à l'hôpital, hein, dans le service. Voilà quoi C'est  
299 la misère, en fait !

300 **Valérie** : Oui ; Alors, j'en reviens à mon questionnement. Quelle place accordes-tu à la relation  
301 soignant soigné dans ta pratique et pourquoi ?

302 IDE : Alors euh. Elle est importante parce qu'en fait, c'est une histoire de confiance. Pourquoi  
303 ? Parce que je veux que là, la personne ait confiance en moi, tout simplement. Pour pouvoir  
304 mieux la soigner. Voilà, la relation soignante pour moi c'est en fait, c'est une relation de  
305 confiance.

306 **Valérie** : Est-ce que tu considères le cri comme un comportement vocal perturbateur ? Si oui  
307 pourquoi ?

308 IDE : Oui, il peut être perturbateur là où je travaille en effet, parce qu'il va, vite agacer les autres  
309 résidents quand c'est dans un lieu de vie. Dans le restaurant là, par exemple, s'il y en a un qui  
310 commence à crier, un résident, qui, commence à s'agiter, ça va de suite agiter les autres et les  
311 gêner, les énerver. Tu vois ? Donc oui, parfois oui. En effet il est perturbateur.

312 **Valérie** : Et as-tu travaillé pendant la période COVID ?

313 IDE : Oui

314 **Valérie** : Justement là, par rapport à cette période COVID et donc toute l'angoisse et tout ce  
315 que ça a pu engendrer, ce COVID surtout, je dirais en EHPAD justement. Est-ce que, euh  
316 comment dire ? Est-ce que Voilà, t'as été confronté à des cris soit des patients ou peut-être des  
317 familles aussi qui ne pouvaient pas venir voir leur proche. Est-ce que tu pourrais me décrire  
318 une situation qui a été marquante ? Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui....

319 IDE : Oui, oui, bien sûr. Alors là, ça a été une période très, très marquante. Parce que déjà  
320 c'était l'inconnu. Il y a eu plein de syndromes de glissements, parce que justement, les  
321 personnes âgées ne voyant plus leur famille pensaient qu'ils les avaient abandonnés. Et un jour,  
322 la fille d'une... Donc tout était fermé, l'EHPAD était fermé. Parce qu'en fait on n'a pas eu de  
323 cas tu vois, on a bien respecté et pas eu de cas jusqu'à l'été. Donc tu vois c'était bien fermé,  
324 grillage et tout. C'était un week-end et ça sonne et j'ouvre donc la baie vitrée et c'était une  
325 dame, une fille qui venait apporter des affaires à sa maman. Donc je lui dis merci. Tu sais, c'était  
326 tout un protocole, il fallait rester dans une pièce, faire tout, voilà... Et là elle me dit euh : « s'il  
327 vous plaît, je voudrais voir ma maman ». Alors je lui dis : « Écoutez, ça va pas être possible  
328 parce que les visites sont interdites ». Et elle me dit : « Mais s'il vous plaît, mais c'est pas  
329 possible ». Et là, elle s'énerve... Et elle se met à crier, à me crier dessus en me disant : « Mais  
330 c'est pas possible quoi. Je veux voir ma mère, c'est ma mère. Je paye 2000 euros ici, je veux  
331 voir ma mère » et elle s'énerve, elle s'énerve... Je dis non, c'est pas possible. Elle se met à  
332 pleurer. Enfin bon, tu vois ? J'essaie de garder mon calme aussi. Mais elle m'a agacée aussi,  
333 parce que c'était pas moi, tu vois qui l'empêchait de voir sa mère, c'était le système qui l'a  
334 empêchée de voir sa mère. Elle le comprenait pas et elle s'est assise, figure-toi, entre les 2 baies  
335 vitrées et elle a dit : « Je ne partirai tant quand je ne verrai pas ma mère ». J'étais un peu  
336 dépassée par l'événement, alors on a réfléchi. Et ma collègue me dit : « Ben écoute, (parce que  
337 le week-end on est deux), elle me dit tu sais quoi ? On a qu'à mettre sa maman sur le balcon.  
338 Comme ça, elle la verra de la rue... Donc c'est ce qu'on a fait. Elle s'est calmée la dame, c'est  
339 ce qu'on a fait, elle est partie et elle est allée voir sa maman du balcon. Voilà donc c'était une  
340 période terrible

341 **Valérie** : Et en fait qu'est-ce que... Qu'est-ce qu'il représentait le cri de cette femme ?

342 IDE : La colère. Il représentait la colère. Et là c'était une colère, si tu veux, envers moi qui ne  
343 voulais pas que... Pensant que c'était moi, en fait qui ne voulait pas qu'elle voie sa maman.  
344 Donc la colère, mais je pense qu'il y avait plusieurs choses. Il y avait la colère, il y avait  
345 certainement aussi la tristesse de pas voir sa maman ce que je peux comprendre ! Et le désespoir  
346 en disant, mais quand est-ce que ça va finir ? Où on va ? Et je pense qu'il y avait ces 3 choses,  
347 tu vois ? Quand même mélangées. Souvent de toute façon, quand une famille est en colère et  
348 crie, c'est pas envers toi, qu'elle crie. C'est pas envers toi, c'est qu'elle culpabilise ! Et tu vois  
349 cette culpabilité, elle la rejette sur toi parce qu'elle, elle culpabilise qu'elle soit là ! Mais en fait  
350 ou la situation qu'elle vit. Mais c'est pas du tout, euh... C'est pas du tout contre toi en fait, ouais.

351 Je vais te raconter une histoire personnelle et donc moi quand j'ai fini ma 3e année d'école  
352 d'infirmières, mon papa il a eu une leucémie foudroyante. Donc il était, euh peut-on arrêter là  
353 l'enregistrement ?

354 **Valérie** : Oui bien sûr, mais j'ai terminé, merci.

## Annexe IV : Grilles d'analyses vierges

### Annexe IV.I : Grille d'analyse des entretiens

Question	Question	Question	Question	Question
Réponse	Réponse	Réponse	Réponse	Réponse

### Annexe IV.II : Grille d'analyse des questions

Question		Cadre de références
<b>Libéral</b>	Réponse	...
<b>Soins pal</b>	Réponse	
<b>Urgences</b>	Réponse	
<b>USLD</b>	Réponse	
<b>Psy</b>	Réponse	
<b>Médecine</b>	Réponse	

## Annexe V : Grille d'analyse des entretiens

### Annexe V.I : Entretien Infirmière travaillant en soins palliatifs, IDE 1

Quand vous êtes en service , quels sont les évènements concernant les patients qui attirent votre attention ?	Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?	Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner des exemples ?	On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ?	Arrivez-vous à différencier les cris ?	Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement	Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?	Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?
<p>L16 à 22 : En premier c'est son attitude, souriant crispé, s'il est fermé ou dans le contact.</p> <p>Ensuite sa position, s'il est dans son lit ou son fauteuil, recroquevillé, son faciès. Enfin, l'environnement, choses qui peuvent alerter d'un inconfort , d'une douleur ou d'un mal être. L27 à 30 : S'il peut s'exprimer il va me dire, s'il est douloureux ou angoissé ; S'il ne peut pas s'exprimer ça sera par l'observation du visage et des attitudes</p>	<p>L36 : Tout ce qui touche de l'inconfort relève de la compétence du soignant (IDE ou AS) L44 : Le rôle de l'infirmière c'est de faire une évaluation des besoins et demandes des patients L46 : Première observation pour essayer de comprendre, évaluer et alerter L59 : Toute demande ou appel est à prendre en considération et rôle est de faire une évaluation et d'essayer de comprendre la demande. L74 : Si sa demande n'est pas formulée de manière claire faut essayer de comprendre peut-il avoir trop chaud trop froid etc ? L86 Le rôle propre de l'infirmière est de prendre soin et de faire en sorte que le patient soit le moins inconfortable prendre en considération sa demande L113 Être en capacité de mettre des mots sur ce qu'il ressent, sa gêne et sa douleur, ses angoisses</p>	<p>L62 : Par des cris, une verbalisation L63 à 66 : Demande par rapport à un besoin ( pas de sonnette et veut que quelqu'un vienne) L67 : Ou appel par besoin d'une présence, demande par rapport à un inconfort ou une douleur. L 72 : Soit il peut s'exprimer clairement avec des mots L73 : Soit il ne peut pas s'exprimer par des mot : L74 Il faut essayer de comprendre. L103 Appel par des cris, des plaintes exprimées verbalement ou non L108 Parfois des hurlements L109 à 111 Faire la distinction entre une personne qui présente des troubles cognitifs et celles qui n'en présentent pas car l'expression est différente. Est-ce qu'ils ont la capacité de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, les angoisses</p>	<p>L124 à 125 Un patient crie car il a un besoin, soit demande à laquelle on va essayer de répondre L126 à 127 Soit il présente des troubles cognitifs et il va pousser des cris car il n'est pas situé dans la réalité, il peut avoir des hallucinations ou visions effrayantes</p> <p>L132 à 133 Crie car seul dans sa chambre et besoin de quelque chose</p>	<p>L136 : Cri de demande = un besoin ou un appel L138 : Cri de douleur = plainte ou gémissement L139 : Intensité du cri L' expression est différente</p> <p>Son de la voix est différent L144 : Cri de peur = danger L163</p>	<p>L145 : Le cri dépend du contexte et de la personnalité du patient</p>	<p>L149 à 151 Il occasionne une gêne Cette une situation anormale L159 : Je vais voir le patient , lui parler, lui prendre la main, essayer de le rassurer, de comprendre L156 : Quand les cris perdurent C'est difficile à entendre, vivre et à supporter</p> <p>Impact émotionnel pour le soignant et entourage du patient</p>	<p>L179à 185 Un cri demande une réponse. Parfois réponse inadaptée, agressive , sans empathie surtout lorsqu'il se répète Un manque de disponibilité influence la réponse L201 à 218 La charge de travail, la fatigue, les soucis personnels ont aussi un impact.</p> <p>Ne pas pouvoir apporter de réponse adéquate renvoie de la culpabilité, un mal être pouvant aller jusqu'au Burn out pour le soignant</p>

## Annexe V.II : Entretien aux Urgences Médipôle IDE 2

Quand vous êtes en service , quels sont les évènements concernant les patients qui attirent votre attention ?	Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?	Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner des exemples ?	On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ?	Arrivez-vous à différencier les cris ?	Pouvez-vous les classer en les remplaçant selon l'environnement	Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?	Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?
<p>L10 à 17 Urgences sont des lieux bruyants, et constant. Attention portée aux bruits inhabituels qui correspondent aux cris de douleurs ou un mécontentement pour les patients Ou pour les soignants un cri d'appel à l'aide L27 Toujours une oreille pour écouter</p>	<p>L35 à 36 La priorisation des soins, va correspondre à l'importance de la demande. L39 à 40 Ça sera différent si c'est un cri de douleur ou un appel pour une «brouille : ex un oreiller »</p> <p>L'appel aux compétences sera orienté principalement sur l'urgence (priorité) de la demande</p>	<p>L 50 à 51 : Une demande exprimée sous plusieurs formes dépend de la personnalité et de la pathologie et de son âge. L57 : Mais elle sera aussi différente si le patient est atteint d'un handicap (ex sourd et muet.) L63 à 73 : Une personne qui présente des troubles cognitifs tels que la démence exprimera sa demande de façon différente et pourra s'égarer dans son discours</p> <p>Enfin par un mode d'expression non verbal</p>	<p><b>L76</b> : Il faut évaluer, il y a beaucoup de chose qui rentrent en ligne de compte <b>L78 à 82</b> :Il faut connaître la nature du cri, il comporte plusieurs émotions : la détresse, la colère, le mécontentement, la peur , la douleur, conduisant à un énervement par manque de compréhension sur le fonctionnement du service <b>L99</b> : Il y a toujours une cause au cri <b>L101 à 103</b>: La répétition est usante, perturbante pour jeune diplômé (peur) <b>L105 à 108</b> L'expérience permet d'avoir une position de dessus, avoir des mots plus hauts et le ton plus ferme pour canaliser. <b>L110</b> : Un cri= forme d'agressivité, même un cri de douleur peut sur la durée devenir déboussolant ce n'est pas anodin d'entendre crier à longueur de journée <b>L112 à 113</b> : L'être humain n'est pas apte psychologiquement à le supporter <b>L118</b> : L'empathie, le self contrôle pas toujours facile à mettre en pratique être humain empreint d'émotions</p>	<p>Cri de mécontentement Cri de douleur Cri de colère Cri de détresse Cri d'alerte Cri pour rien Cri de mal être</p> <p>L 86 à 92 Manière de le différencier : Intonation de la voix, insultes, en fonction du tempérament et caractère de la personne, la connaissance de certains patients</p>	<p>L148 : il faut tenir compte du contexte, de la culture, prendre en compte les émotions L'intonation de la voix</p> <p>La connaissance de la personne caractère tempérament et le motif d'hospitalisation oriente sur la nature de la plainte</p>	<p>L208 à 212 Lorsqu'un papa à amené son fils inconscient aux urgences, il émettait des cris de détresse</p> <p>L223 Nous on ne crie pas car ça sert à rien sur une réa</p>	<p>C'est des cris qui restent ancrés j'ai aussi crié pour alerter les médecins et l'équipe de son arrivée. L184 : Ensuite j'ai gardé mon calme et essayé de comprendre priorité à la relation soignant soigné pour faciliter l'adhésion aux soins. Nous avons un rôle de tampon aux urgences. L242 à 246 Ensuite nous en parlons en équipe, indispensable de s'écouter, de travailler sur soi pour identifier ce que ça renvoie et comprendre Mon mécanisme de défense c'est le rire pour dédramatiser</p> <p>Il y a aussi l'importance de la cohésion d'équipe</p>

### Annexe V.III : Entretien aux urgences Médipôle IDE 3

Quand vous êtes en service , quels sont les événements concernant les patients qui attirent votre attention ?	Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?	Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner des exemples ?	On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ?	Arrivez-vous à différencier les cris ?	Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement	Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?	Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?
<p>L11 à 12 : Aux urgences on est souvent interpellé par les cris des patients ou des accompagnants</p>	<p><b>L 19 à 20 :</b> En premier il faut analyser, enfin caractériser la demande .</p> <p><b>L21:</b> Si elle est verbalisée comme l'expression d'une douleur faut savoir de quel type</p> <p><b>L22 :</b> Ou si le patient verbalise plutôt une situation de stress, angoissante. C'est cela qui va permettre de mettre en action les compétences IDE et faire la différence entre les demandes et pouvoir prendre les mesures adaptées.</p>	<p><b>L29 à 30</b> Il existe plusieurs façon et modes d'exprimer une demande</p> <p>En premier la parole</p> <p><b>L31 :</b> En second la gestuelle</p> <p><b>L32 à 34 :</b> Le rôle propre c'est de déceler par l'observation des signes de détresse quels qu'ils soient. Ensuite prêter attention aux signes comme la pâleur, les sueurs, qui donnent des indications</p>	<p><b>L38 :</b> Ça dépend du service et de la situation</p> <p><b>L39 à 42 :</b> Les personnes démentes qui poussent des cris, c'est des cris qui ne sont pas forcément inquiétants car l'état cognitif de ces patients fait qu'ils crient beaucoup</p> <p>Après faut quand même y prêter attention car parfois ça peut être une chute.</p> <p>Dans le service des urgences on fait plus attention</p> <p><b>L44 à 45 :</b> Car les cris sont justifiés, liés à la douleur, donc ici on est plus réceptifs que dans les autres services</p> <p><b>L49 à 55 :</b> Patient troubles cognitif moins attention, c'est le côté humain quand il crie toute la journée et toute la nuit on a tendance à plus y prêter attention on fait les choses que l'on considère plus urgentes</p>	<p><b>L63 :</b> C'est difficile</p> <p><b>L68 à 70 :</b> Cri de plainte</p> <p>Cri d'angoisse</p> <p>Cri de douleur</p> <p>Mais oui avec la pratique on y arrive</p>	<p><b>L73 :</b> Oui ça a dépend de la situation : ex un cri d'impatience</p> <p><b>L74 :</b> Un cri lors d'un soin</p> <p>En fonction de l'environnement</p> <p><b>L75 à 76 :</b> En salle d'attente souvent c'est des cris d'impatience ou d'angoisse suivant les soins effectués</p>	<p><b>L79 :</b> Surtout quand les patients ou accompagnants sont agressifs car ils ne comprennent pas le fonctionnement des urgences</p> <p><b>L81 :</b> Parfois on crie plus fort qu'eux</p> <p><b>L82 :</b> Les plaintes moins justifiées ça fait moins réagir</p>	<p><b>L85 à 86 :</b> Dans le cadre d'une agression, je me suis senti agressé donc je me défends.</p> <p><b>L87 à 88 :</b> Dans la cadre d'une douleur ou lors d'un soin on porte un intérêt car on arrive à déterminer si c'est justifié ou non.</p> <p><b>L91 à 105 :</b> Le cri est perturbateur quand il est agressif surtout pour l'entourage en plus ça renvoie à notre propre colère, ça peut dégoûter du travail, on se fait crier dessus tout le temps par des personnes qui ne comprennent rien au système de santé.</p> <p><b>L107 :</b> La solidarité et le soutien de l'équipe est important</p>

## Annexe V.IV : Entretien aux Urgences Médipôle IDE 4

Quand vous êtes en service , quels sont les évènements concernant les patients qui attirent votre attention ?	Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?	Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner des exemples ?	On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ?	Arrivez-vous à différencier les cris ?	Pouvez-vous les classer en les remplaçant selon l'environnement	Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?	Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?
<p><b>L 8 à 11 :</b> Aux urgences surtout les manifestations par la voix et les gestes car ils ont des difficultés à communiquer, donc ils communiquent avec ce qu'ils ont soit la voix soit des gestes</p>	<p>L18 à 21 : Être capable de répondre à une situation d'urgence mais surtout être capable d'être à l'écoute du patient qui veut dire quelque chose au travers d'un cri, ou une posture</p> <p>L22 : Le cri ça amène notre curiosité personnelle et professionnelle et le savoir être et savoir écouter</p>	<p>L 28 à 30 : Oralement avec un questionnement ou par l'intermédiaire d'un accompagnant quand il ne peut pas s'exprimer</p> <p>L 32 : Parfois on fait appel à la personne de confiance ou on consulte les directives anticipées pour connaître la volonté et le souhait du patient</p>	<p>L 38 Aux urgences les cris sont réguliers. Il y a des cris de douleurs de panique c'est en fonction de l'état du patient.</p> <p>L39 : Les patients qui présentent des troubles cognitifs poussent plus souvent des cris de panique plus que de douleur L40 : C'est difficile de se positionner c'est en fonction du cri si c'est de la douleur forte ou un cri de peur « une personne qui a peur n'à pas forcément mal »</p> <p>L45 : Donc je dirais par une globalité, il faut faire attention aux signes annonciateurs, une douleur très forte signe de dégradation mais il faut L49 : aussi se méfier du silence</p>	<p><b>L62 :</b> En fait c'est tout un contexte. Des cris de douleur</p> <p><b>L64 à 65 :</b> Pour les enfants c'est des cris de panique, c'est en fonction du contexte, un environnement inconnu</p> <p><b>L69 à 71 :</b> C'est quelque chose qu'on ressent, le cri est aussi visuel : histoire de positionnement du visage.</p> <p><b>L141 à 151</b> De la pathologie, il y a des maladies qui forcent le cri ex : La Tourette = sautes d'humeur et cri inopiné</p> <p>Pour moi 2 grands types de cris : peur et douleur. Cris de colère lié à l'attente. Cri dirigé sur un personnel alors qu'il est adressé à l'institution. Cri sans raison, intempestif ex cri au loup</p> <p>Le cri définit une émotion et la volonté de faire passer un message. Le principe même du cri c'est que ce soit entendu</p> <p>Cri un appel à agir. Cri tronqué par traitement ou maladie ex psy</p> <p><b>L 87 :</b> L'expérience permet de faire plus la différence</p> <p><b>L181 :</b> Crier au loup : crier pour rien</p> <p><b>L237 :</b> En psy cri tronqué par maladie et thérapeutique</p>	<p>L65 : Cri de peur : environnement inconnu</p> <p>L77 : Mais en fait on le ressent on le voit sur le visage, le cri peut avoir une image</p> <p>L79 : La douleur se voit des cheveux jusqu'aux orteils</p> <p>L 80 : La peur se voit sur le faciès le patient l'exprime via son cri</p> <p>L 82 Il faut être observateur et minutieux</p> <p>L 83 à 86 : IL faut prendre du recul pour pas tout mélanger en les remplaçant dans leur environnement</p>	<p>Aux urgences on peut croire quand quelqu'un crie que c'est très grave mais souvent c'est de la peur c'est pourquoi il faut faire attention au silence qui peut aussi signifier une douleur.</p> <p>L96 : Comme c'est le cas lors de brûlures, les plus dangereuses sont celles qui ne font pas mal</p> <p>L 109 « Un silence vaut 1000 mots »</p> <p>L118 à 131 : Colique néphrétique non calmée par antalgique, le patient supplie, situation de non-retour où ses cris, son faciès, et son comportement définissent la douleur</p>	<p>L173/174 : Le cri définit une émotion, une volonté de faire passer un message. Le principe même du cri c'est qu'il soit entendu.</p> <p>L178 L'émotion peut faire écho.</p> <p>L194/ 200 : C' est un appel à agir, à faire quelque chose il renvoie une image de douleur de peur une image d'action face à quelqu'un qui crie il faut faire quelque chose à l'instant T même si c'est juste rassurer</p> <p>Un cri ne peut pas tomber dans l'oubli.</p> <p>L 212 : Il faut utiliser ce mode d'expression uniquement en cas de douleur ou de panique mais dans ce dernier en fait on le subit car il permet de limiter la peur c'est le propre de l'humain</p> <p>L215/217 Crier pour limiter la peur c'est le propre de l'affrontement du règne animal. Tous les carnivores sont des animaux qui crient ex lion principe même de l'humanité</p>

## Annexe V.V : Entretien Infirmière travaillant en EHPAD, IDE 5

Quand vous êtes en service , quels sont les évènements concernant les patients qui attirent votre attention ?	Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?	Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner des exemples ?	On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ?	Arrivez-vous à différencier les cris ?	Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement	Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?	Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?
L10 à 11 on a plus de patients psy L13 ça pose soucis si t'as pas de formation pour la prise en charge L16 j'entends du bruit, tu vois de la violence entre eux, des coups de cannes	<b>L20</b> les cris des patients ou un patient apathique <b>L21</b> un patient qui n'a pas le même comportement que d'habitude <b>L22/23</b> lieux de vie donc je les connais si ça va pas je vais le remarquer <b>L25/26</b> appel d'une aide-soignante qui me dit « ca va pas »	<b>L39</b> Au niveau d'une attitude , c'est l'agitation en premier <b>L41</b> ensuite c'est les cris , ce qui est bruyant, il crie beaucoup c'est le moyen d'expression	<b>L53</b> Soit par le cri ou le silence, il reste muet <b>L54</b> qui va se renfermer , se replier sur lui-même <b>L67</b> par de la tristesse	<b>L89</b> Quand on crie c'est que quelque chose ne va pas en référence à la maladie bien sûr	<b>L184</b> Dame et autiste = cri de désespoir Le cri pour la faim c'est un mode d'expression <b>L194/195</b> On répond pas par un cri mais on crie tout le temps dans la vie <b>L199</b> on crie après les enfants <b>L201</b> Ça sert à rien car on n'écoute même pas <b>L206</b> Les hommes de CRO magnons criaient pour alerter <b>L208</b> Si on est attaqué dans la rue on crie <b>L209</b> Les autistes crient car ils n'ont pas d'autres moyens de communication <b>L211</b> C'est peut être vraiment animal <b>L212</b> C'est dans nos gênes	<b>L92</b> En MAS un Autiste ca seul façon de s'exprimer c'était le cri <b>L94</b> il criait dès qu'on le touchait mais restait calme <b>L95</b> Hospitalisé on va le voir <b>L97</b> en arrivant on l'entend crier <b>L99</b> Des cris de désespoir et d'abandon , des cris de terreur car il comprenait pas <b>L102</b> les IDE du service disant « <i>il est très agité, on n'arrive pas à le calmer il se laisse pas soigner</i> » <b>L103/104</b> <i>c'est pas possible si ça continue comme ça le médecin va le faire sortir</i> <b>L105</b> L'IDE de la MAS répond que c'est parce qu'il comprend pas et est effrayé qu'il crie, il n'a plus tous ses repères <b>L107</b> quand ils nous a vu il était tout rassuré <b>L114/116</b> IL se débat les gens vont dans son sens et le maintiennent ce qui l'énerve et l'amène à être agressif <b>L124/127</b> Une autre fois c'est une aide-soignante une mamie crie car elle a faim, ça n'allait pas assez vite elle délirait . <b>L113</b> L4as lui criait dessus je lui ai dit d'arrêter <b>L147</b> Je pense qu'elle comprend pas par manque de formation <b>L152</b> Je comprends un service qui crie c'est épuisant	<b>L216</b> C'est l'alerte et me déplacer le cri me fait me déplacer <b>L224</b> Je vais voir si je peux faire quelque chose <b>L227</b> C'est pas agréable d'entendre quelqu'un crier <b>L230</b> J'aime pas les gens qui crient <b>L231</b> Quand on crie c'est que ça ne va pas <b>L236</b> Moi je peux pas entendre crier <b>L240</b> Manque de temps je peux pas répondre à tout le monde <b>L261</b> La fatigue <b>L269</b> je ne peux pas dire que je prends toutes les demandes en considération <b>L271</b> On est pas à 100% tout le temps <b>L279</b> Ca me met en colère vers le système <b>L303</b> La relation soignant soigné est importante c'est une histoire de confiance pour mieux soigner c'est une relation de confiance <b>L309</b> il peut être perturbateur en Ehpac car il va vite agacer les résidents quand c'est un lieu de vie <b>L312</b> Dans les lieux communs ca agite énerve et gêne <b>L330</b> Covid famille de résidents qui crie pour voir sa mère <b>L333</b> elle m'agaçait car c'était pas moi qui l'empêchait de voir sa mère mais le système <b>L343</b> Son cri représentait de la colère <b>L346</b> Aussi de la tristesse et le désespoir <b>L348/351</b> Quand une famille est en colère c'est pas envers moi elle crie car elle culpabilise et rejette sur toi la situation qu'elle vit

## Annexe VI. Grilles d'analyse des questions

### Annexe VI.1 : Question n°1

Quand vous êtes en service , quels sont les événements concernant les patients qui attirent votre attention ?		Cadre de références
<b>Soins pal</b>	L16 à 22 : En premier c'est son attitude, souriant crispé, s'il est fermé ou dans le contact. Ensuite sa position, s'il est dans son lit ou son fauteuil, recroquevillé, son faciès. Enfin, l'environnement, choses qui peuvent alerter d'un inconfort, d'une douleur ou d'un mal être. L27 à 30 : S'il peut s'exprimer il va me dire, s'il est douloureux ou angoissé ; S'il ne peut pas s'exprimer ça sera par l'observation du visage et des attitudes	Le cri est donc une construction culturelle qui évolue dans l'espace et le temps.  Le cri d'un patient doit être identifié en fonction de la situation dans laquelle il se produit, pour en permettre son interprétation, il faut donc prêter attention à l'environnement et à l'évènement déclencheur de celui-ci.  Est-ce un son jeté dans le vide, masqué par d'autres bruits, est-il adressé à quelqu'un, que signifie-t-il ?
<b>Urgences 1</b>	L10 à 17 Urgences sont des lieux bruyants, et constant. Attention portée aux bruits inhabituels qui correspondent aux cris de douleurs ou un mécontentement pour les patients Ou pour les soignants un cri d'appel à l'aide L27 Toujours une oreille pour écouter	
<b>Urgences 2</b>	L11 à 12 : Aux urgences on est souvent interpellé par les cris des patients ou des accompagnants	
<b>Urgences 3</b>	L 8 à 11 : Aux urgences surtout les manifestations par la voix et les gestes car ils ont des difficultés à communiquer, donc ils communiquent avec ce qu'ils ont soit la voix soit des gestes	
<b>Ehpad</b>	L10 à 11 on a plus de patients psy L13 ça pose soucis si t'as pas de formation pour la prise en charge L16 j'entends du bruit, tu vois de la violence entre eux, des coups de cannes	

**Annexe VI.II : Question n°2**

Qu'est-ce que vous prenez pour un appel à vos compétences ? Pourquoi ?		Cadre de références
Soins pal	<b>L36</b> : Tout ce qui touche de l'inconfort relève de la compétence du soignant (IDE ou AS) <b>L44</b> : Le rôle de l'infirmière c'est de faire une évaluation des besoins et demandes des patients <b>L46</b> : Première observation pour essayer de comprendre, évaluer et alerter <b>L59</b> : Toute demande ou appel est à prendre en considération et rôle est de faire une évaluation et d'essayer de comprendre la demande. <b>L74</b> : Si sa demande n'est pas formulée de manière claire faut essayer de comprendre peut-il avoir trop chaud trop froid etc ? <b>L86</b> Le rôle propre de l'infirmière est de prendre soin et de faire en sorte que le patient soit le moins inconfortable possible, qu'il soit en confiance. Donc il faut prendre en considération sa demande <b>L113</b> Être en capacité de mettre des mots sur ce qu'il ressent, sa gêne et sa douleur, ses angoisses	Les soignants ne considèrent pas le cri comme un raisonnement clinique Donc si le lieu impacte la réponse qui lui est apportée, sans lui que devient-il ?
Urgences 1	<b>L35 à 36</b> La priorisation des soins, va correspondre à l'importance de la demande. <b>L39 à 40</b> Ça sera différent si c'est un cri de douleur ou un appel pour une «brouille : ex un oreiller » L'appel aux compétences sera orienté principalement sur l'urgence (priorité) de la demande	
Urgences 2	<b>L 19 à 20</b> : En premier il faut analyser, enfin caractériser la demande. <b>L21</b> : Si elle est verbalisée comme l'expression d'une douleur faut savoir de quel type <b>L22</b> : Ou si le patient verbalise plutôt une situation de stress, angoissante. C'est cela qui va permettre de mettre en action les compétences IDE et faire la différence entre les demandes et pouvoir prendre les mesures adaptées.	
Urgences 3	<b>L18 à 21</b> : Être capable de répondre à une situation d'urgence mais surtout être capable d'être à l'écoute du patient qui veut dire quelque chose au travers d'un cri, ou une posture <b>L22</b> : Le cri ça amène notre curiosité personnelle et professionnelle et le savoir être et savoir écouter	
Ehpad	<b>L20</b> les cris des patients ou un patient apathique <b>L21</b> un patient qui n'a pas le même comportement que d'habitude <b>L22/23</b> lieux de vie donc je les connais si ça va pas je vais le remarquer <b>L25/26</b> appel d'une aide-soignante qui me dit « ça va pas »	

### Annexe VI.III : Question n°3

Comment pour vous un patient peut-il exprimer une demande ? Pourriez-vous donner des exemples ?		Cadre de références
Soins pal	<p><b>L62</b> : Par des cris, une verbalisation <b>L63 à 66</b> : Demande par rapport à un besoin (pas de sonnette et veut que quelqu'un vienne)</p> <p><b>L67</b> : Ou appel par besoin d'une présence, demande par rapport à un inconfort ou une douleur. <b>L 72</b> : Soit il peut s'exprimer clairement avec des mots <b>L73</b> : Soit il ne peut pas s'exprimer par des mots : <b>L74</b> Il faut essayer de comprendre. <b>L103</b> Appel par des cris, des plaintes exprimées verbalement ou non <b>L108</b> Parfois des hurlements <b>L109 à 111</b> Faire la distinction entre une personne qui présente des troubles cognitifs et celle qui n'en présente pas car l'expression est différente.</p> <p>Est-ce qu'ils ont la capacité de mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, les angoisses</p>	<p>« <i>Besoins psychologiques</i> » constituant les besoins fondamentaux à la survie comme le sommeil, l'alimentation « <i>Besoin de sécurité</i> » repose sur un sentiment de protection évitant l'anxiété « <i>Besoin d'appartenance</i> », et <i>d'amour</i> » « <i>Besoin d'accomplissement de soi</i> » repose essentiellement sur la considération, une forme de reconnaissance et de valeur donnée à l'autre On comprend donc que les demandes peuvent être explicites claires et précises ou implicites manifestées sous une autre forme que peut représenter le cri.</p>
Urgences 1	<p><b>L 50 à 51</b> : Une demande exprimée sous plusieurs formes dépend de la personnalité et de la pathologie et de son âge.</p> <p><b>L57</b> : Mais elle sera aussi différente si le patient est atteint d'un handicap (ex sourd et muet.)</p> <p><b>L63 à 73</b> : Une personne qui présente des troubles cognitif tels que la démence exprimera sa demande de façon différente et pourra s'égarer dans son discours</p> <p>Enfin par un mode d'expression non verbale</p>	
Urgences 2	<p><b>L29 à 30</b> Il existe plusieurs façons et modes d'exprimer une demande</p> <p>En premier la parole</p> <p><b>L31</b> : En second la gestuelle</p> <p><b>L32 à 34</b> : Le rôle propre c'est de déceler par l'observation des signes de détresse quels qu'ils soient. Ensuite prêter attention aux signes comme la pâleur, les sueurs, qui donnent des indications</p>	
Urgences 3	<p><b>L 28 à 30</b> : Oralement avec un questionnement ou par l'intermédiaire d'un accompagnant quand il ne peut pas s'exprimer.</p> <p><b>L 32</b> : Parfois on fait appel à la personne de confiance ou on consulte les directives anticipées, pour connaître la volonté et le souhait du patient</p>	
Ehpad	<p><b>L39</b> Au niveau d'une attitude, c'est l'agitation en premier <b>L41</b> ensuite ce sont les cris, ce qui est bruyant, ils crient beaucoup c'est le moyen d'expression</p>	

## Annexe VI.IV : Question n°4

On entend dans les services des patients pousser des cris, que pensez-vous de ces cris ?		Cadre de références
Soins pal	<p><b>L124 à 125</b> Un patient crie car il a un besoin, soit demande à laquelle on va essayer de répondre <b>L126 à 127</b> Soit il présente des troubles cognitifs, et il va pousser des cris car il n'est pas situé dans la réalité, il peut avoir des hallucinations ou visions effrayantes</p> <p><b>L132 à 133</b> Crie car seul dans sa chambre et besoin de quelque chose</p>	<p>Lorsqu'un patient projette son angoisse en criant sur un soignant,</p> <p>celui-ci peut alors ressentir du rejet ou de l'agacement, face au cri de son patient.</p> <p>A tel point que cela peut altérer la prise en charge de ce dernier.</p> <p>Dans la mesure où le soignant, étant comme tout être humain confronté à ses propres émotions. Il l'est aussi lors de la réalisation de ses soins, il paraît donc indispensable de pouvoir identifier les émotions et sentiments que celui-ci ressent. Et ce de manière à ne pas impacter les relations, ce qui l'empêcherait de pouvoir entendre le patient.</p> <p>En d'autres termes, pour entendre les besoins du patient, il faut pouvoir les identifier.</p>
Urgences 1	<p><b>L76</b> : Il faut évaluer, il y a beaucoup de choses qui rentrent en ligne de compte <b>L78 à 82</b> : Il faut connaître la nature du cri, il comporte plusieurs émotions : la détresse, la colère, le mécontentement, la peur, la douleur, conduisant à un énervement par manque de compréhension sur le fonctionnement du service <b>L99</b> : Il y a toujours une cause au cri <b>L101 à 103</b>: La répétition est usante, perturbante pour jeune diplômé (peur) <b>L105 à 108</b> L'expérience permet d'avoir une position de dessus, avoir des mots plus hauts et le ton plus ferme pour canaliser. <b>L110</b> : Un cri= forme d'agressivité, même un cri de douleur peut sur la durée devenir déboussolant ce n'est pas anodin d'entendre crier à longueur de journée <b>L112 à 113</b> : L'être humain n'est pas apte psychologiquement à le supporter <b>L118</b> : L'empathie, le self contrôle pas toujours facile à mettre en pratique être humain empreint d'émotions</p>	
Urgences 2	<p><b>L38</b> : Ça dépend du service et de la situation <b>L39 à 42</b> : Les personnes démentes qui poussent des cris donc ce sont des cris qui ne sont pas forcément inquiétants car l'état cognitif de ces patients fait qu'ils crient beaucoup Après faut quand même y prêter attention car parfois ça peut être une chute. Dans le service des urgences on fait plus attention <b>L44 à 45</b> : Car les cris sont justifiés, liés à la douleur, donc ici on est plus réceptifs que dans les autres services <b>L49 à 55</b> : Patient troubles cognitifs moins attention, c'est le côté humain quand il crie toute la journée et toute la nuit on a tendance à ne plus y prêter attention on fait les choses que l'on considère plus urgentes</p>	
Urgences 3	<p><b>L 38</b> Aux urgences les cris sont réguliers. Il y a des cris de douleur, de panique c'est en fonction de l'état du patient. <b>L39</b> : Les patients qui présentent des troubles cognitifs, poussent plus souvent des cris de panique plus que de douleur <b>L40</b> : C'est difficile de se positionner c'est en fonction du cri si c'est de la douleur forte ou un cri de peur « une personne qui a peur n'a pas forcément mal » <b>L45</b> : Donc je dirais par une globalité, il faut faire attention aux signes annonciateurs, une douleur très forte signe de dégradation mais il faut <b>L49</b> : aussi se méfier du silence</p>	
Ehpad	<p><b>L53</b> Soit par le cri ou le silence, il reste muet <b>L54</b> qui va se renfermer, se replier sur lui-même <b>L67</b> par de la tristesse</p>	

## Annexe VI.IV : Question n°5

Arrivez-vous à différencier les cris ?		Cadre de références
Soins pal	<b>L136</b> : Cri de demande = un besoin ou un appel <b>L138</b> : Cri de douleur = plainte ou gémissement <b>L139</b> : Intensité du cri= expression est différente Son de la voix est différent <b>L144</b> : Cri de peur = danger <b>L163</b>	<p>En littérature, reconnaître le cri demande de la vigilance afin de pouvoir repérer les représentations de la parole dans les situations où l'on parle et où l'on crie, dans le but d'établir cette différence, le lecteur y met une intention.</p> <p>Afin de faire s'effacer le narrateur pour laisser parler les personnages on utilise un style direct, le cri étant l'expression d'un excès, un manque de retenue, comme si l'auteur s'en délestait au travers de ceux-ci. Ça devient un moyen d'expression de la pensée que l'auteur ne se concède pas à dire lui-même, permettant sa distinction de la parole par son intensité.</p>
Urgences 1	<p>Cri de mécontentement            Cri de douleur            Cri de colère            Cri de détresse            Cri d'alerte            Cri pour rien            Cri de mal être</p> <p><b>L 86 à 92</b> Manière de le différencier : Intonation de la voix, insultes, en fonction du tempérament et caractère de la personne, la connaissance de certains patients</p>	
Urgences 2	<p><b>L63</b> : C'est difficile  <b>L68 à 70</b> : Cri de plainte            Cri d'angoisse            Cri de douleur</p> <p>Mais oui avec la pratique on y arrive</p>	
Urgences 3	<p><b>L62</b> : En fait c'est tout un contexte. Des cris de douleur  <b>L64 à 65</b> : Pour les enfants c'est des cris de panique, c'est en fonction du contexte, un environnement inconnu  <b>L69 à 71</b> : C'est quelque chose qu'on ressent, le cri est aussi visuel : histoire de positionnement du visage.  <b>L141 à 151</b> De la pathologie, il y a des maladies qui forcent le cri ex : La Tourette = sautes d'humeur et cri inopiné            Pour moi 2 grands types de cris : peur et douleur. Cri de colère lié à l'attente. Cri dirigé sur un personnel alors qu'il est adressé à l'institution. Cri sans raison, intempestif ex cri au loup Le cri définit une émotion et la volonté de faire passer un message. Le principe même du cri c'est que ce soit entendu. Cri un appel à agir. Cri tronqué par traitement ou maladie ex-psy <b>L 87</b> : L'expérience permet de faire plus la différence  <b>L181</b> : Crier au loup : crier pour rien            L237 ; En psy cri tronqué par maladie et thérapeutique</p>	
Ehpad	<b>L89</b> Quand on crie c'est que quelque chose ne va pas en référence à la maladie bien sûr	

**Annexe VI.VI : Question n°6**

Pouvez-vous les classer en les replaçant selon l'environnement		Cadre de références
Soins Pal	<b>L145</b> : Le cri dépend du contexte et de la personnalité du patient	<p>Le dictionnaire de l'académie française par sa définition du verbe « crier » note bien les différents sens du cri au travers des époques ainsi que sa perception en fonction de sa situation dans le temps et l'espace.</p> <p>Ces interprétations orientent sur le sens à attribuer au cri selon qui le prononce, l'âge, l'époque, le lieu, le but et en quoi face à la situation, il a du sens.</p> <p>On peut donc remarquer au travers de ces différentes définitions toutes les significations que le cri peut représenter, il n'est pas qu'un son aigu, crispant, dérangeant.</p> <p>Il possède une fonction relative à sa place dans le temps et l'espace et au message qu'il envoie.</p>
Urgences 1	<b>L148</b> : il faut tenir compte du contexte, de la culture, prendre en compte les émotions L'intonation de la voix La connaissance de la personne caractère tempérament et le motif d'hospitalisation oriente sur la nature de la plainte	
Urgences 2	<b>L73</b> : Oui ç a dépend de la situation : ex un cri d'impatience <b>L74</b> : Un cri lors d'un soin En fonction de l'environnement <b>L75 à 76</b> : En salle d'attente souvent c'est des cris d'impatience ou d'angoisse suivant les soins effectués	
Urgences 3	<b>L65</b> : Cri de peur : environnement inconnu <b>L77</b> : Mais en fait on le ressent on le voit sur le visage, le cri peut avoir une image <b>L79</b> : La douleur se voit des cheveux jusqu'aux orteils <b>L 80</b> : La peur se voit sur le faciès le patient l'exprime via son cri <b>L 82</b> Il faut être observateur et minutieux <b>L 83 à 86</b> : IL faut prendre du recul pour ne pas tout mélanger en les replaçant dans leur environnement	
Ehpad	<b>L184</b> Dame et autiste = cri de désespoir Le cri pour la faim c'est un mode d'expression <b>L194/195</b> On ne répond pas par un cri mais on crie tout le temps dans la vie <b>L199</b> on crie après les enfants <b>L201</b> Ça sert à rien car on n'écoute même pas <b>L206</b> Les hommes de CRO magnons criaient pour alerter <b>L208</b> Si on est attaqué dans la rue on crie <b>L209</b> Les autistes crient car ils n'ont pas d'autres moyens de communication <b>L211</b> C'est peut être vraiment animal <b>L212</b> C'est dans nos gènes	

## Annexe VI.VII : Question n°7

	Pouvez-vous me décrire une situation où vous avez porté un intérêt au cri ?	Cadre de références
Soins pal	<p><b>L149 à 151</b> Il occasionne une gêne. C'est une situation anormale</p> <p><b>L159</b> : Je vais voir le patient, lui parler, lui prendre la main, essayer de le rassurer, de comprendre</p> <p><b>L156</b> : Quand les cris perdurent, c'est difficile à entendre, vivre et à supporter</p> <p>Impact émotionnel pour le soignant et entourage du patient</p>	<p>Nous explique comment une personne qui crie représente un obstacle aux soins car il est difficile à comprendre pour la pensée et l'entourage. Et ce de par sa complexité de sens, et ses diverses formes et fonctions.</p> <p>En effet le cri est vécu comme intrusif dénué de sens et de solution.</p> <p>Les soignants censés écouter et soulager la souffrance se trouve confrontés à deux paradoxes « <i>soigner et faire taire</i> ».</p> <p>Alors que comme on a pu le voir précédemment la pensée psychanalytique chercherait à déchiffrer les mécanismes qui emmure le sujet dans son isolement interne et son abandon du monde extérieur, les soignants eux se retrouvent dans un sentiment d'épuisement, de découragement, d'inutilité, et l'entourage dans un sentiment d'exaspération.</p>
Urgences 1	<p><b>L208 à 212</b> Lorsqu'un papa a amené son fils inconscient aux urgences, il émettait des cris de détresse</p> <p><b>L223</b> Nous on ne crient pas car ça ne sert à rien sur une réa</p>	
Urgences 2	<p><b>L79</b> : Surtout quand les patients ou accompagnants sont agressifs car ils comprennent pas le fonctionnement des urgences</p> <p><b>L81</b> : Parfois on crie plus fort qu'eux</p> <p><b>L82</b> : Les plaintes moins justifiées ça fait moins réagir</p>	
Urgences 3	<p>Aux urgences on peut croire quand quelqu'un crie que c'est très grave mais souvent c'est de la peur c'est pourquoi il faut faire attention au silence qui peut aussi signifier une douleur. <b>L96</b> : Comme c'est le cas lors de brûlures, les plus dangereuses sont celles qui ne font pas mal <b>L 109</b> « Un silence vaut 1000 mots »</p> <p><b>L118 à 131</b> : Colique néphrétique non calmée par antalgique, le patient supplie, situation de non-retour où ses cris, son faciès, et son comportement définissaient la douleur</p>	
Ehpad	<p><b>L92</b> En MAS un Autiste sa seule façon de s'exprimer c'était le cri <b>L94</b> il criait dès qu'on le touchait mais restait calme <b>L95</b> Hospitalisé on va le voir <b>L97</b> en arrivant on l'entend crier <b>L99</b> Des cris de désespoir et d'abandon, des cris de terreur car il comprenait pas <b>L102</b> les IDE du service disant « <i>il est très agité, on n'arrive pas à le calmer il se laisse pas soigner</i> » <b>L103/104</b> <i>c'est pas possible si ça continue comme ça le médecin va le faire sortir</i> <b>L105</b> L'IDE de la MAS répond que c'est parce qu'il ne comprend pas et est effrayé qu'il crie, il n'a plus tous ses repères <b>L107</b> quand ils nous a vu il était tout rassuré <b>L114/116</b> Il se débat les gens vont dans son sens et le maintiennent ce qui l'énerve et l'amène à être agressif <b>L124/127</b> Une autre fois c'est une aide-soignante, une mamie crie car elle a faim, ça n'allait pas assez vite elle est démente <b>L113</b> L'AS lui criait dessus je lui ai dit d'arrêter <b>L147</b> Je pense qu'elle comprend pas par manque de formation <b>L152</b> Je comprends un service qui crie c'est épuisant</p>	

**Annexe VI.VIII : Question n°8**

Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?		Pourquoi y avez-vous porté un intérêt, qu'avez-vous fait ?
<b>Soins palliatifs</b>	<p><b>L179 à 185</b> Un cri demande une réponse. Parfois réponse inadaptée, agressive, sans empathie surtout lorsqu'il se répète. Un manque de disponibilité influence la réponse</p> <p><b>L201 à 218</b> La charge de travail, la fatigue, les soucis personnels ont aussi un impact. Ne pas pouvoir apporter de réponse adéquate renvoie de la culpabilité, un mal être pouvant aller jusqu'au Burn out pour le soignant</p>	<p>Le cri pourrait donc envoyer un signal d'attaque au soignant qui peut se sentir blessé par cette agression. Et donc s'il n'est pas formé à gérer cette vulnérabilité, se sentir agressé. Ce qui engendrerait une incapacité à y apporter une réponse. C'est pourquoi il est essentiel d'acquérir un savoir fondé sur l'analyse de ses pratiques afin d'être apte à pouvoir entendre, analyser et comprendre le cri et ce qu'il transporte en vue de ne pas être affecté et envahi par ses propres émotions afin de pouvoir y répondre.</p>
<b>Urgences 1</b>	<p>C'est des cris qui restent ancrés j'ai aussi crié pour alerter les médecins et l'équipe de son arrivée.</p> <p><b>L184</b> : Ensuite j'ai gardé mon calme et essayé de comprendre. Priorité à la relation soignant soigné pour faciliter l'adhésion aux soins. Nous avons un rôle de tampon aux urgences. <b>L242 à 246</b> Ensuite nous en parlons en équipe, indispensable de s'écouter, de travailler sur soi pour identifier ce que ça renvoie et comprendre. Mon mécanisme de défense c'est le rire pour dédramatiser Il y a aussi l'importance de la cohésion d'équipe</p>	
<b>Urgences 2</b>	<p><b>L85 à 86</b> : Dans le cadre d'une agression, je me suis senti agressé donc je me défends</p> <p><b>L87 à 88</b> : Dans le cadre d'une douleur ou lors d'un soin on porte un intérêt car on arrive à déterminer si c'est justifié ou non. <b>L91 à 105</b> : Le cri est perturbateur quand il est agressif surtout pour l'entourage en plus ça renvoie à notre propre colère, ça peut dégoûter du travail, on se fait crier dessus tout le temps par des personnes qui ne comprennent rien au système de santé. <b>L107</b> : La solidarité et le soutien de l'équipe est important</p>	
<b>Urgences 3</b>	<p><b>L173/174</b> : Le cri définit une émotion, une volonté de faire passer un message. Le principe même du cri c'est qu'il soit entendu. <b>L178</b> L'émotion peut faire écho. <b>L194/ 200</b> : C'est un appel à agir, à faire quelque chose il renvoie une image de douleur de peur une image d'action face à quelqu'un qui crie il faut faire quelque chose à l'instant T même si c'est juste rassurer Un cri ne peut pas tomber dans l'oubli. <b>L 212</b> : Il faut utiliser ce mode d'expression uniquement en cas de douleur ou de panique mais dans ce dernier en fait on le subit car il permet de limiter la peur c'est le propre de l'humain <b>L215/217</b> Crier pour limiter la peur c'est le propre de l'affrontement du règne animal. Tous les carnivores sont des animaux qui crient ex lion principe même de l'humanité</p>	
<b>Ehpad</b>	<p>L216 C'est l'alerte et me déplacer le cri me fait me déplacer L224 Je vais voir si je peux faire quelque chose L227 C'est pas agréable d'entendre quelqu'un crier L230 J'aime pas les gens qui crient L231 Quand on crie c'est que ça ne va pas L236 Moi je peux pas entendre crier L240 Manque de temps je peux pas répondre à tout le monde L261 La fatigue L269 je ne peux pas dire que je prends toutes les demandes en considération L271 On est pas à 100% tout le temps L279 Ça me met en colère vers le système L303 La relation soignant soigné est importante c'est une histoire de confiance pour mieux soigner c'est une relation de confiance L309 il peut être perturbateur en Ehpad car il va vite agacer les résidents quand c'est un lieu de vie L312 Dans les lieux communs ça agite énerve et gêne L330 Covid famille de résidents qui crie pour voir sa mère L333 elle m'agaçait car c'était pas moi qui l'empêchait de voir sa mère mais le système L343 Son cri représentait de la colère L346 Aussi de la tristesse et le désespoir L348/351 Quand une famille est en colère c'est pas envers moi. Elle crie car elle culpabilise et rejette sur moi la situation qu'elle vit</p>	

# Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



## AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : *Valérie TOHBAL*

Promotion : *2020/2023*

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) : *Pourquoi crises-tu ? En quoi le ou importe-t-il la relation soignant/soigné ?*

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui  non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui  non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le *13/05/2023* Signature :

## **Pourquoi cries-tu ?**

*(La représentation du cri dans la relation soignant / soigné)*

### **Résumé :**

Confrontée durant mes stages au cri comme mode de communication et au silence en guise de réponse, cette situation a orienté mon travail de recherche vers la relation soignant/soigné et les modes de langage utilisés pour entrer en relation. Ceux-ci soulèvent des interrogations sur l'impact des comportements oraux perturbateurs, sur la relation, la pratique soignante et la prise en charge du sujet dans sa globalité. Cette réflexion m'a conduite à la question de départ suivante : en quoi le cri impacte-t-il la relation soignant/soigné ? Afin de comprendre sa fonction et son impact, j'ai effectué des recherches sur sa signification, son utilisation dans le temps et l'espace, au travers des arts et la littérature, enfin sa place dans la relation de soin. L'utilisation de la méthode clinique par des entretiens d'infirmiers de différents services m'a permis l'analyse de la perception du cri dans le monde soignant. Il en ressort que le cri est perçu en fonction du contexte et de l'environnement. Chaque soignant le reçoit selon sa personnalité, sa propre perception du soin, ainsi qu'en fonction de ses propres émotions et représentations. Enfin, le cri est l'expression d'une demande qu'il faut savoir écouter, comprendre pour y répondre.

198 mots

**Mots clés :** Cri – Communication – Relation soignant/soigné – Représentation – Fonction

---

## **Why do you cry ?**

*(The representation of the cry in the relationship between the caregiver and the patient)*

### **Abstract :**

Confronted during my internships with the use of the cry as a mode of communication and the silence as a response, my research work has been directed towards the relationship between care and language modes used as a way to establish a relationship. This raises questions about the consequences that disruptive oral behaviours on the relationship, on the caregiving practice and the care support of the patient subject. This thought reflection then led me to the following initial question: does the cry have an effect on the relationship between the caregiver and the patient ? In order to understand its function and impact, I researched its meaning, its use in time and space, through art and literature, and finally its place in the relationship of care. The use of the clinical method through interviews of nurses from various departments allowed me to analyze the perception in the caregiver world. It shows that the cry's perception depends on the context. Each caregiver takes it into consideration according to his personality, his own perception of care, as well as his own emotions and representations. Finally, the cry is the expression of a request that must be heard and understood to be answered

200 Words

**Keywords :** Cry - Communication – Caring/Caring relationship – Representation - Function